

Jukka Kivistö

**POTILASTURVALLISUUSSUUNNITELMA OSANA
TURVALLISUUSJOHTAMISTA**

Opinnäytetyö

KESKI- POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteen yksikkö

Sosiaali- ja terveystieteen johtaminen ja kehittäminen

Toukokuu 2011



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Toukokuu 2011	Tekijä/tekijät Jukka Kivistö
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, YAMK		
Työn nimi Potilasturvallisuussuunnitelma osana turvallisuusjohtamista		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola	Sivumäärä 65 + 3	
Työelämäohjaaja Hoitotyön johtaja, TtM Hannele Tikkakoski-Alvarez		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasturvallisuussuunnitelma Kokkolan sosiaali- ja terveystoimelle. Opinnäytetyön tavoitteena oli potilasturvallisuuden kehittäminen. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen menetelmää mukailen. Suunnitelman perustana oli esimiehille suunnattu potilasturvallisuuskysely.</p> <p>Potilasturvallisuussuunnitelmaa tehtiin kevään 2011 aikana yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Ohjausryhmä rakensi kyselylomakkeen, jonka tuloksia käytiin lävitse potilasturvallisuussuunnitelman tekemisen aikana. Potilasturvallisuussuunnitelman tekemisen apuna käytettiin lisäksi Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lopullinen potilasturvallisuussuunnitelman sisältö valmistui toukokuussa 2011.</p> <p>Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 83 % (n=29). Aineiston analysoinnissa käytettiin kvantitatiivisia analyysimenetelmiä. Tutkimusaineistosta muodostettiin prosenttijakaumia, frekvenssejä, ristiintaulukointeja sekä suoria lainauksia. Avoimet vastaukset luokiteltiin sisällön analyysillä. Tuloksena saatiin tietoa potilasturvallisuuden toteutumisesta, ja potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä.</p> <p>Vastaajista noin 2/3 suhtautui myönteisesti potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue koettiin olevan parhaimmalla tasolla. Heikoin potilasturvallisuus nousi esiin laiteturvallisuudessa. Potilasturvallisuutta parantamalla vähenevät potilaalle ja asiakkaalle aiheutuvat haitat sekä varatapahtumat. Potilasturvallisuuden kehittäminen on jokaisen työntekijän vastuulla. Potilasturvallisuuden toteutumisesta vastaavat esimiehet ja organisaation johto. Potilasturvallisuuden kehittämiseen tulee varata riittävästi resursseja. Potilasturvallisuussuunnitelman sisällön määrää uuden terveydenhuoltolain asetus. Suunnitelmaa tulee jatkuvasti kehittää. Suunnitelma ohjaa työyksiköiden potilasturvallista työtä, ja edistää potilasturvallisuuden toteutumista. Opinnäytetyön tuloksia ja prosessia voi hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden potilasturvallisuuden kehittämisessä.</p>		

Asiasanat

Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuussuunnitelma, turvallisuusjohtaminen

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Department of Health Care and Social Services	Date May 2011	Author Jukka Kivistö
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis Patient Safety Plan as Part of Safety Management		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Kukkola		Pages 65 + 3
Supervisor Director of Nursing, M.Sc. Hannele Tikkakoski-Alvarez		
<p>Purpose of this Thesis was to make a patient safety plan to Kokkola social and health care services. The aim was the development of patient safety. This study used a method of action research. Patient Safety Plan was based on questionnaires for managers on patient safety.</p> <p>Patient Safety Plan was drafted during the spring in collaboration with the Steering Group. The questionnaire was designed by the Steering Group, and its results were used in patient safety plan. Patient Safety Plan was based on a plan on Hospital District of Vasa. Final content of the patient safety plan was completed in May 2011.</p> <p>The response rate was 83%. The data was analyzed by quantitative methods. The data were formed Percentage distribution, frequencies, cross tabulations and direct citations. Open answers were classified by using content analysis. As the result information was obtained about the level of patient safety and what issues should be linked to patient safety plan.</p> <p>Of the respondents about 2 / 3 took a positive attitude to implementation of patient safety. The patient safety culture component was seen as the best level of all areas. The weakest patient safety was felt to be in safety of medical equipment. Improving patient safety will reduce the risk of hazardous events. Development of patient safety is every employee's responsibility. Managers and supervisors are responsible for the implementation of patient safety. Development of patient safety requires adequate resources. Regulation in new Health Law guides the Content of a Patient Safety Plan. The plan must be continually developed. The plan directs the patient safety for work units and promotes implementation of patient safety. Results of the thesis and the process can be used to improve patient safety of social and health care organisations.</p>		

Key words Patient Safety, Patient Safety Culture, Patient Safety Plan, Security Management

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	5
2.1 Potilasturvallisuussuunnitelma osana turvallisuusjohtamista	5
2.2 Turvallisuuskulttuuri potilasturvallisuuden edistäjänä	7
2.3 Potilasturvallisuuden varmistamisen ulottuvuudet	8
2.3.1 Turvallinen lääkehoito osana potilasturvallisuutta	11
2.3.2 Laiteturvallisuuden merkitys vaaratilanteissa	13
2.3.3 Hoidon turvallisuus potilasturvallisuuden perustana	14
3 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	20
5.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä	20
5.2 Toimintatutkimus opinnäytetyön lähestymistapana	21
5.3 Tutkimusmenetelmä ja analyysi	24
6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAAMINEN	29
6.1 Aiheen valinta ja rajaaminen	29
6.2 Ohjausryhmän kokoaminen	31
6.3 Kyselytutkimuksen suorittaminen	32
6.4 Kyselytutkimuksen tulokset	34
6.4.1 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue	35
6.4.2 Lääkehoidon turvallisuus	39
6.4.3 Hoidon turvallisuus	40
6.4.4 Laiteturvallisuus	42
6.4.5 Avoimien kysymyksien vastausten yhteenveto	44
6.5 Potilasturvallisuussuunnitelman rakentuminen	46
7 POHDINTA	50
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka	50
7.2 Opinnäytetyöprosessi	54
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	57
LÄHTEET	60
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Maailmanlaajuisesti kymmenet miljoonat potilaat kärsivät jonkinasteisesta hoitovirheestä johtuvasta haattatapahtumasta tai kuolemasta. Hyvinvointivaltioiden potilaista joka kymmenes joutuu hoidosta aiheutuneen haitan kohteeksi, vaikka näiden maiden sairaalat ovat teknologisesti korkeatasoisia. Yhdysvalloissa hoitovirheistä johtuvien kuolemantapausten on arveltu olevan yleisempiä kuin liikenneonnettomuuteen tai rintasyöpään liittyvät kuolemantapaukset (Snellman 2009, 29). Vähemmän tietoa on köyhempien maiden potilasturvallisuuden tilasta, joissa hoitovirheet lisääntyvät olennaisesti infrastruktuurin takia, puutteellisen teknologian myötä ja vähäisten taloudellisten resurssien vuoksi. WHO:n potilasturvallisuustyön tavoitteena on vähentää maailmanlaajuisesti potilaiden hoidosta johtuvien haittojen määrää tutkimusten ja niistä saatujen tulosten avulla. (Donaldson 2009, 1.) Tyypillinen esimerkki haattatapahtumasta on hoitoon liittyvä, mutta toisaalta estettävissä oleva sairaalainfektio (Snellman 2009, 29).

Yksi Euroopan unionin terveystalitiikan painopistealueista on potilasturvallisuus. WHO:n potilasturvallisuusallianssi (World Alliance on Patient Safety) on mukana yhtenä jäsenenä Euroopan unionin jäsenvaltioiden muodostamassa työryhmässä, jonka kautta tuetaan jäsenvaltioiden työtä potilasturvallisuuden edistämiseksi. Helmikuussa 2008 käynnistyi EU-maiden yhteinen Euroopan Unionin Patient Safety Network (EU-NetPaS) -hanke, jonka keskeinen tavoite on kohottaa potilaille annettavan hoidon laatua luomalla potilasturvallisuutta lisääviä hyviä käytäntöjä sekä tuomalla eri maiden asiantuntijoita yhteiseen verkostoon (Snellman 2009, 30). Euroopan laajuisen yhteistyön myötä mahdollistuu potilaiden parempi hoito kaikilla EU:n alueilla riippumatta siitä, hakeutuuko potilas hoitoon omassa maassaan tai toisessa EU-maassa. Potilasturvallisuuden parantamisen edellytyksenä on, että jokaisella Euroopan unionin jäsenvaltiolla on tehokkaat ja johdonmukaiset toimintapolitiikat ja ohjelmat potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (Euroopan unionin kansanterveysportaali 2011.) Tarpeettoman kärsimyksen välttämistä on tullut yksi tärkeimmistä prioriteeteista eurooppalaisessa terveystalitiikassa (Comyn 2007, 5).

Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013 julkistettiin 29.1.2009 sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Strategian keskeisimmät tavoitteet ovat potilaan/asiakkaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoiden ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa sekä potilasturvallisuuden suunnitelmallinen edistäminen riittävin voimavaroilla. Potilasturvallisuus on ankkuroitava toiminnan rakenteisiin, ja potilasturvallisuuden kehittämistä tulee tehdä yhteistyössä kaikkien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009–2013, 3.)

Kansallisen potilasturvallisuusstrategian kautta potilasturvallisuus on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian mukaan potilasturvallisuus käsittää kaikki toimenpiteet ja periaatteet, joilla varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus. Turvallisessa hoidossa menetelmät ovat vaikuttavia ja niistä ei koidu potilaalle tai asiakkaalle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa ja sen vaikutukset ulottuvat pitkälle tulevaisuuteen. Potilasturvallisuuden edistäminen on tehokkainta silloin, kun huomio siirretään yksittäisten hoitajien virheiden huomioimisesta potilaalle aiheutuneiden haittojen arviointiin ja palveluprosessin toimivuuden tarkasteluun sekä hoitoketjujen kehittämiseen. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 12.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman tavoitteena on myös potilasturvallisuuden jatkuva kehittäminen ja potilasturvallisuustyön vaikuttavuuden seuraaminen (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011, 50).

Hallituksen esitys eduskunnalle uudesta terveydenhuoltolaista ja siihen liittyvistä lakimuutoksista valmistui 11. kesäkuuta 2010. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja laadunhallinnasta. Potilasturvallisuuden edistäminen tulee tehdä yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi 2011, 37–39; Kinnunen 2010a; Voipio-Pulkki 2010, 137.)

Ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuuskonferenssi järjestettiin terveydenhuollon ammattilaisille tammikuussa 2009. Potilasturvallisuustutkimuksen tilannetta nostettiin esille ensimmäisillä kansallisilla potilasturvallisuustutkimuksen päivillä tammikuussa 2011.

Potilasturvallisuussuunnitelman sisältöön kuuluvat asiat on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Potilasturvallisuus nähdään osana vaikuttavaa ja korkealaatuista hoitoa (Kuisma 2011, 1). Asetuksessa on yksityiskohtaiset ohjeet, mitä säädösten mukainen potilasturvallisuussuunnitelma tulee vähintään sisältää, miten suunnitelman täytäntöönpano toteutetaan ja miten potilasturvallisuussuunnitelmasta tiedotetaan potilaille. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011, 1-2)

Kokkolan terveystieteiden strategiansa on hyvinvoinnin asiakkaan ja kuntalaisen osalta tavoitteena ja toimenpiteenä potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen. Potilasturvallisuussuunnitelma tehdään laaja-alaisen sidosryhmien kanssa, terveyttä edistävänä ja ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Tavoitteena on lisäksi vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (Haipro) aktiivinen käyttö ja myöhemmässä vaiheessa Haipro-järjestelmän potilasilmoitusosion käyttöön ottaminen. (Kokkolan terveystieteiden strategia 2010–2013.)

Haipro-järjestelmän avulla saadaan palveluprosesseja kehitettyä, mikä mahdollistaa Kokkolan kaupungin strategiansa tavoitellun hyvän elämänlaadun ja terveyden toteutumisen asiakaslähtöisesti (Kokkolan kaupungin strategia 2009–2013).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen Kokkolan sosiaali- ja terveystoimelle. Kokkolan sosiaali- ja terveystoimi jakaantuvat kolmeen eri tulosalueeseen, joita ovat sosiaali- ja vammaispalvelut, terveyspalvelut ja vanhuspalvelut. Potilasturvallisuussuunnitelma tehdään yhteistyössä ohjausryhmän kanssa, joka koostuu jokaiselta tulosalueelta valituista jäsenistä. Potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä on hyödynnetty Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelmaa. Potilasturvallisuussuunnitelmassa huomioidaan suomalainen lain-

säädäntö ja valtakunnalliset suositukset. Potilasturvallisuussuunnitelman laadinnassa hyödynnetään sosiaali- ja terveystoimen esimiehille tehtyä kvantitatiivisen potilasturvallisuuskyselyn tuloksia sekä teoreettisesta viitekehyksestä nousseita tietoja.

Opinnäytetyön tavoitteena on Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuuden kehittäminen. Potilasturvallisuussuunnitelman myötä potilaiden ja asiakkaiden saama hoito on turvallisempaa ja hoitoon liittyvät virheet sekä haittatapahtumat vähenevät. Potilasturvallisuussuunnitelma lisää potilaan ja asiakkaan osallistumista hoitoon, ja edistää potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen palvelukokonaisuuteen kuuluvissa tulostulosyksiköissä.

Tässä työssä käytetään sanaa potilasturvallisuussuunnitelma kuvaamaan sekä asiakkaan että potilaan potilasturvallisuuden kehittämiseksi valmistuvaa suunnitelmaa.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Potilasturvallisuussuunnitelma osana turvallisuusjohtamista

Hallituksen esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi on vaatimus, että jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Potilasturvallisuussuunnitelman tekemisestä vastaa organisaation johto. Suunnitelmassa tulee huomioida lainsäädäntö, hyvät hoitokäytännöt ja valtakunnan suositukset, kansallisen potilasturvallisuusstrategian sisältämät tavoitteet sekä Euroopan unionin komission suositukset potilasturvallisuudesta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Potilasturvallisuussuunnitelman sisältö määräytyy sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen perusteella. Potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoon liittyen suunnitelmassa on sovittava tavoista, joilla henkilöstölle annetaan koulutusta potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan periaatteista sekä toimintakäytännöistä, ja suunnitelman sisällöstä. Suunnitelmassa on lisäksi sovittava tavoista, joilla potilaalle ja hänen läheisille tiedotetaan suunnitelmasta, ja miten he voivat vaikuttaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Asetuksen voimaantulopäivä on 1.5.2011. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoon laadittavasta suunnitelmasta 2011, 1-2.)

Turvallisuusjohtaminen on lakisääteistä ja kokonaisvaltaista omaehtoista turvallisuuden hallintaa. Turvallisuusjohtaminen on turvallisuuden hallintaa, jossa yhdistyvät menetelmien, toimintatapojen ja ihmisten johtaminen (Fagerström & Tamminen-Peter 2010, 10). Turvallisuusjohtamisessa yhdistyy työtapojen ja työmenetelmien, sekä ihmisten johtaminen siten, että turvallisuutta ja terveyttä edistetään työpaikalla järjestelmällisesti ja ennakoivasti. Turvallisuustyön tulisi sisältyä osaksi jokaisen työntekijän ja esimiehen normaalia työkuvaan (Työsuojeluhallinto 2011). Turvallisuusjohtaminen on työturvallisuuslain (738/2002) ydin. Työturvallisuuslaissa turvallisuusjohtamisella tarkoitetaan työpaikan toimintojen ja henkilöstön johtamista siten, että turvallisuus otetaan ennakkoivasti kaikessa huomioon. Laissa korostetaan myös, että työpaikalla tulee uskaltaa

tuoda vahingot esiin ja niistä tulee oppia yhdessä. (Työsuojeluhallinto 2011; Työterveyslaitos 2010; Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Turvallisuusjohtaminen (KUVIO 1) sisältää jatkuvan toiminnan kehittämisen ja henkilöstön osaamisen ylläpitämisen (Fagerström & Tamminen- Peter 2010, 12). Turvallisuusjohtaminen tarvitsee toimivan palautejärjestelmän, jonka kautta työyhteisö pystyy järjestelmällisesti varmistamaan omien käytäntöjen jatkuvan kehittämisen (Työsuojeluhallinto 2011). Tulokellinen turvallisuusjohtaminen edistää henkilöstön sitoutumista työhön, parantaa työilmapiiriä, edistää toiminnan laatua ja vähentää onnettomuuksia sekä tapaturmia. Hyvän turvallisuusjohtamisen perusedellytyksenä on, että koko johto ja henkilöstö ovat sitoutuneita turvallisuusajatteluun sekä turvallisuuskulttuurin kehittämiseen (Työsuojeluhallinto 2011). Tärkein rooli turvallisuuskulttuurin luomisessa, kehittämisessä ja muuttamisessa on johdolla (Simola 2005, 221). Kokonaisuudessaan turvallisuusjohtamiseen liittyy työturvallisuuden ohella myös muut turvallisuuden osa-alueet. Potilasturvallisuus on yksi näistä, ja se on nostettu keskeiseen asemaan hoito- ja hoiva-alalla. Työturvallisuutta parantamalla kehittyy samalla myös potilasturvallisuus. (Työterveyslaitos 2010.)



KUVIO 1. Turvallisuusjohtaminen osana turvallisuuskulttuuria (Työsuojeluhallinto 2011)

2.2 Turvallisuuskulttuuri potilasturvallisuuden edistäjänä

Turvallisuuskulttuuri on ilmiö, joka koostuu sosiaalisista prosesseista, organisatorisista prosesseista ja niistä syntyvistä henkilöstön psykologisista kokemuksista. Nämä kolme elementtiä muodostavat organisaation turvallisuuskulttuurin. Kaikki kolme turvallisuuskulttuurin tasoa on huomioitava, kun arvioidaan organisaation turvallisuuskulttuuria (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 3). Organisaation toimintaprosessien kehittäminen on avainasemassa turvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Turvallisuuskulttuurin kehittyminen edellyttää organisaation toiminnan kehittämistä. (Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 3.)

Pietikäinen ym. (2008, 25) määrittelevät turvallisuuskulttuurin organisaatiossa vallitsevaksi tahdoksi ja kyvyksi ymmärtää, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy, millaista on turvallinen toiminta ja miten vaaratilanteita voidaan ehkäistä. Lisäksi turvallisuuskulttuuri on kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti sekä vaarojen toteutumisen ehkäisemistä. Vaarojen ehkäisemisen ja turvallisen hoidon perusedellytyksenä on ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta (Kuisma 2010, 56). Turvallisuuskulttuuri on muuttuva ja dynaaminen tila. Tämä tekee turvallisuuskulttuurista vaikeasti tartuttavan ilmiön, mutta myös asian, johon pystytään vaikuttamaan. (Reiman ym. 2008, 9.)

Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kyse siitä, että henkilöstöllä on resursseja suoriutua työstään hyvin ja että turvallisuutta korostetaan organisaatiossa aidosti tärkeänä asiana. Turvallisuus tulee myös käsittää systeemisesti sekä riittävän laajasti. Toimintaan liittyvistä vaaroista tulee myös olla tietoa. (Reiman ym. 2008, 4.) Reiman (1999,3) sisällyttää turvallisuuskulttuuriin myös turvallisuuden merkitystä korostavia asenteita, jotka varmistavat, että turvallisuus huomioidaan tärkeänä tekijänä päätöksenteossa. Turvallisuuskulttuuriin vaikuttaa myös työntekijän työkokemus, asenne sekä arvomaailma (Pihkala 2010, 46).

Seppänen (2009, 17) määrittelee potilasturvallisuuskulttuurin terveydenhuollon henkilöstön ja organisaation toimintoina sekä periaatteina, joilla varmistetaan turvallinen hoito, ja estetään potilasta vahingoittumasta. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuudesta välitetään aidosti ja potilasturvallisuus ymmärretään organisaation sys-

teemiseksi ominaisuudeksi (Taatala 2009, 85). Potilaan näkökulmasta hyvä potilasturvallisuuskulttuuri ehkäisee hoidosta aiheutuvat ylimääräiset haitat. Potilasturvallisuuskulttuuri on Seppäsen (2009, 17) mielestä myös tärkeä perusta hoidon laadulle. Potilasturvallisuuskulttuuri on osa potilaslähtöistä hoitotyötä, ja sen mielletään käsittävän vaikiintuneita ja yleisiä toimintatapoja sekä käytäntöjä, joiden taustalla on selkeät määritelmät vastuista (Pihkala 2010, 45).

Sosiaali- ja terveysministeriö (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 20) määrittelee potilasturvallisuuskulttuurin potilaiden turvallista hoitoa edistävänä systemaattisena toimintatapana ja sitä tukevana johtamisena, arvoina ja asenteina. Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää myös riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuvan toiminnan kehittämisen. Kun turvallisuuskulttuuria kehitetään, on järkevää lähteä liikkeelle turvallisuuskulttuurin lähtötilanteen arvioimisesta (Pietikäinen ym. 2008, 18).

Seppänen (2009, 4) toteaa, että jokaisen hoitotyöntekijän vastuu ja haaste tulevaisuudessa on omalta osaltaan juurruttaa potilasturvallisuutta edistävää kulttuuria suomalaisiin terveydenhuollon organisaatioihin. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen vaikutukset näkyvät hänen mielestään potilasturvallisuuden parantumisen lisäksi myös huomattavana taloudellisena hyötynä. Johtaminen ja esimiestyö luovat pohjan potilasturvallisuuskulttuurille (Pihkala 2010, 49).

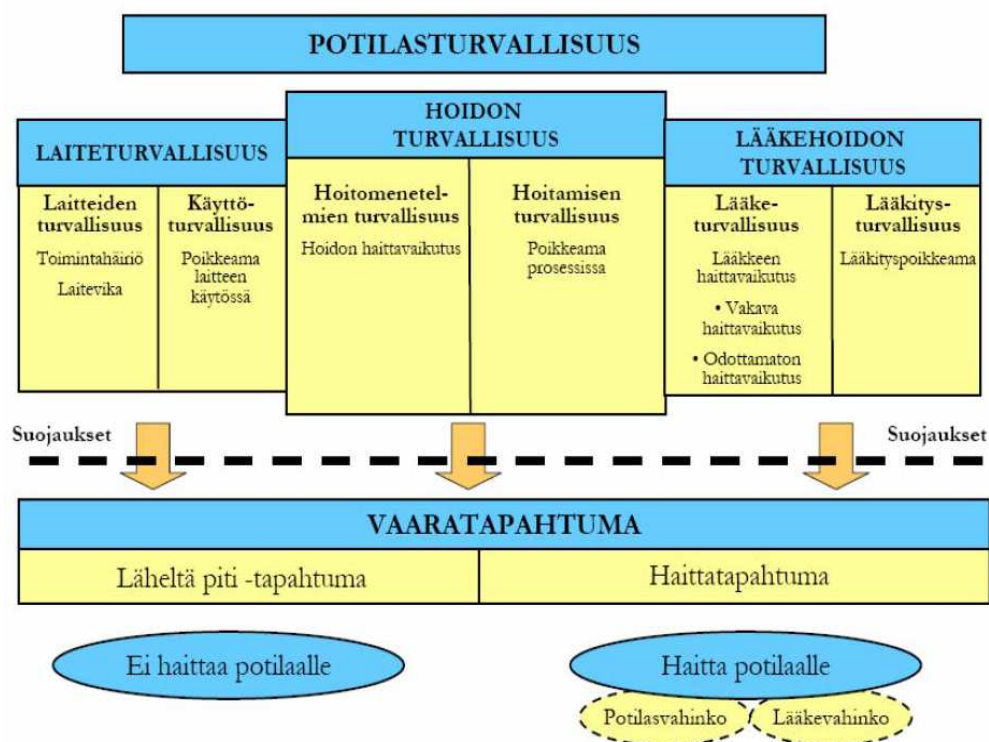
Pihkalan (2010, 49) tekemän potilasturvallisuuskulttuurin kartoituksen myötä organisaation johto ja henkilökunta pystyivät tarkastelemaan työyhteisön kulttuuria potilasturvallisuuden näkökulmasta. Hänen mielestä potilasturvallisuuskulttuurin kartoittaminen on yksi keino saada henkilöstölle tietoa potilasturvallisuudesta sekä siihen kuuluvista käsitteistä ja työvälineistä.

2.3 Potilasturvallisuuden varmistamisen ulottuvuudet

Pietikäisen ym. (2008, 17) mukaan organisaation turvallisuus ymmärretään yleensä onnettomuuksien tai tapaturmien poissaolona. Heidän mielestään turvallisuus ja onnetto-

muudet tulisi ymmärtää toisistaan erillisinä ilmiöinä. Turvallisuus on jotakin, mitä pyritään luomaan, ja onnettomuudet ovat heidän mielestään tapahtumia, joita organisaatioissa ja työyhteisöissä pyritään ehkäisemään.

Potilasturvallisuus (patient safety, patient säkerhet) käsittää yksilöiden, työyhteisöiden ja organisaatioiden periaatteet sekä toiminnot, joiden avulla varmistetaan hoidon turvallisuus, ja suojataan potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa ja hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Hoidon tulee olla myös oikeanlaista. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden (KUVIO 2). Potilasturvallisuus on myös osa hoidon laatua. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 20.)



KUVIO 2. Potilasturvallisuuden käsitteistö (Avelin & Lepola 2008, 10)

Kinnunen (2010a) määrittelee potilasturvallisuutta terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteiksi ja toiminnoiksi, joiden tarkoituksena on varmistaa

hoidon turvallisuutta sekä suojata potilaita vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on hänen mielestään sitä, että potilas tai asiakas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.

Potilasturvallisuuden kehittäminen tulee nähdä osana pysyvää laaja-alaista hoidon laadun kehittämistä. Haaviston (2011, 24) mielestä potilasturvallisuus ei ole erillinen kehittämisen kohde, vaan potilasturvallisuuskäsitelmä tulee sisältyä koko organisaation toimintaan, prosesseihin ja toimintatapoihin. Saarisen (2011, 10) mukaan potilasturvallisuuden tulee olla osa organisaation laadun ja riskien hallintaa, joka pohjautuu selkeisiin rakenteisiin ja toimintatapoihin. Potilasturvallisuuden kehittämisessä on merkittävää tarkastella potilasturvallisuuden toteutumista estäviä tekijöitä ja analysoida tapahtuneita vaaratilanteita. Potilasturvallisuuden kehittämisen keskiössä on hoitoprosessien, toimintatapojen ja käytäntöjen avaaminen. (Kuisma 2010, 3, 57.) Potilasturvallisuus sisältyy terveydenhuollon henkilöstön koulutukseen sekä lääkäreiden ja hoitajien eettisiin lupauksiin (Kuisma 2011, 1).

Potilasturvallisuuden kehittäminen voi myös hillitä kustannuskehitystä, ja hyödyt sekä säästöjen vaikutukset ulottuvat pitkälle aikavälille (Voipio-Pulkki 2010, 137). Kuusman (2011, 1) mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen keskittymällä parannetaan hoidon laatua, ja vähennetään hoidon kokonaiskustannuksia. Potilasturvallisuuden kehittäminen vaatii paneutumista ennaltaehkäisevään työhön, turvaten jo organisaatiossa valmiina olevien potilasturvallisuutta edistävien tekijöiden toteutumista. (Yli-Villamo 2008, 53.) Ihannetilanteessa potilasturvallisuutta, työturvallisuutta ja muita turvallisuuden osa-alueita, kuten fyysistä turvallisuutta ja tietoturvallisuutta tarkasteltaisiin organisaatioissa kokonaisuutena, toisiinsa läheisesti liittyvinä tekijöinä (Taatala 2009, 87). Kaikki tekijät eli henkilöstö, potilas, laitteet ja organisaatio vaikuttavat toisiinsa ja kokonaisturvallisuuteen (Knuuttila & Tamminen 2004, 7).

Yli-Villamon (2008, 53) mukaan potilasturvallisuuden toteutumista estävät henkilökunnan ammattitaidottomuus, hoitoympäristön turvattomuus, riittämättömät henkilökuntaresurssit, hoitajapula sekä potilaan itsensä aiheuttamat vaaratilanteet. Toteutumisesta heikentää myös se, että puutteellisesta potilasturvallisuudesta johtuneet haittatapahtumat ja kuolemantapaukset ilmenevät yksittäisinä tapauksina pitkällä aikavälillä, ei-

vätkä siten aiheuta välitöntä huolestumista, minkä esimerkiksi lentokoneonnettomuuden uhrien välittömän hädän näkeminen saa aikaiseksi (Eight Futures Forum on Governance of Patient Safety 2005, 3).

Seppä (2010, 164) korostaa potilasturvallisuustyön onnistumisessa johdon merkitystä. Hänen mielestään johdon sitoutuminen takaa potilasturvallisuuden kehittämislle resurssit ja viestii myös sen tärkeydestä. Henkilökunnalle tulee järjestää potilasturvallisuuden takaamiseksi koulutusta erityisesti lääkehoidosta, laitteiden käytöstä ja erilaisten potilasryhmien hoitomenetelmistä (Yli-Villamo 2008, 57).

Jokaisen työntekijän on otettava vastuu potilasturvallisuudesta, ja toimintatapojen kehittämistä tehdään jatkuvasti yhteistyössä potilasturvallisuuden lisäämiseksi (Pihkala 2010, 46; Taatila 2009,85). On myös tärkeää, että hoitotyön johtajat antavat henkilöstölle myönteistä palautetta potilasturvallisuuden toteutumisesta (Seppänen 2009,49). Miettisen (2009,11) mukaan puolet esimiehistä ei anna palautetta henkilökunnalle potilasturvallisuuden toteutumisesta. Esimiesten tehtävänä on korostaa potilasturvallisuuden merkitystä, ja luotava potilasturvallisuutta kohtaan työyhteisöön myönteinen ilmapiiri (Yli- Villamo 2008,57).

Kun virheistä ei syyllistetä yksittäisiä työntekijöitä, työntekijät uskaltavat tuoda avoimesti tapahtuneet virheet keskusteluun ja yhteistyö prosessien kehittämiseksi on mahdollista. Mielenkiinto tulee kohdistaa aina virheiden syihin eikä syyllisiin. (Kinnunen 2010b, 143.)

2.3.1 Turvallinen lääkehoito osana potilasturvallisuutta

Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on keskeinen, kun kehitetään potilasturvallisuutta. Turvallinen lääkehoito rakentuu kahdesta osa-alueesta. Ensimmäinen osa-alue on lääketurvallisuus, joka keskittyy lääkkeiden farmakologisiin ominaisuuksiin, ja lääkkeistä aiheutuviin haittavaikutuksiin. Lääketurvallisuuden varmistamisessa keskeisimmät asiat ovat jälkivalvonta ja myyntilupakäytännöt (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2, 27). Toinen osa-alue on lääkitysturvallisuus, jolla tarkoite-

taan lääkkeiden käyttöä ja lääkehoidon toteuttamista. Lääkitysturvallisuuden uhkatekijöitä ovat potilaan vähäinen osallistuminen omaan hoitoonsa, ja lääkehoidon koordinoinnin puute (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:2, 27). Lääkepoikkeamat luetaan kuuluvaksi tähän ryhmään (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006). Lääkitysturvallisuutta voidaan kehittää yksikkökohtaisilla lääkehoitosuunnitelmilla, lääkehoitoon liittyvien vaara- ja haittatapahtumien raportoinnin avulla, sekä lääkehoidon turvallisuutta parantavilla tietokannoilla (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:2, 27-28).

Pihkalan (2010, 46) tutkimuksessa lääkitysturvallisuuteen liittyviä riskejä ei havaittu, vaikka niiden osuus on selkeästi suurin vaaratapahtumailmoituksissa, hänen tutkimuksensa kohteena olevassa työyhteisössä. Lääkehoidon ja lääkkeiden antovirheiden riskitekijöitä ovat esimerkiksi lääkkeenjako hetken levottomuus, lääkkeiden jatkuva vaihtuvuus, systemaattisuuden puuttuminen lääkkeiden antotilanteissa ja lääkkeen antaminen ”potilaspaikalle” identifioimatta potilasta (Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustiedote 1/2010).

Vuonna 2005 julkaistiin Suomessa ”Turvallinen lääkehoito- valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Oppaan tarkoituksena on selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa ja lääkehoidon toteuttamisen periaatteiden yhtenäistäminen. Opas määrittää myös vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Oppaassa on myös esimerkkejä hyvistä käytännöistä lääkehoidon toteuttamiseksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 84; Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2006, 3.)

Lääkehoitoa saavat toteuttaa laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava kantaa vastuun turvallisen lääkehoidon toteutumisesta lisäksi omalta kohdaltaan. Jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla yksiköllä tulee olla valtakunnallisen oppaan määrittämien vaatimusten mukainen lääkehoitosuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johdolla on vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seurannan organisoimisesta. Esimiesten tehtävänä on valvoa, että lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoidon toimintakulttuuria ja asenteita tulee ke-

hittää siten, että virheistä opitaan ja toimintatapoja kehitetään arvioinnin perusteella. Oikein toteutettu, turvallinen, taloudellinen, tehokas ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on tärkeä osa potilasturvallisuutta ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan palvelun laatua. Lääkehoitoa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2006, 3-4, 11.)

Potilaan lääkehoitoprosessi on yleensä monitahoinen, ja sen toteutukseen osallistuu useita eri terveydenhuollon ammattilaisia sekä organisaatioita. Turvallisen lääkehoidon perustana on turvallinen prosessi, jossa on riittävästi vaaratapahtumia ehkäiseviä turvamekanismeja ja jossa yhteistyö sekä kommunikaatio terveydenhuollon ammattilaisten, organisaatioiden ja potilaan välillä on saumatonta. (Linden-Lahti 2011, 13.)

2.3.2 Laiteturvallisuuden merkitys vaaratilanteissa

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä ylläpitämään luetteloa hallinnassaan olevista, tai potilaaseen asennetuista terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Käytännössä laiterekisteri toimii lain tarkoittamana luettelona. Yksikössä käytössä olevista laitteista ja tarvikkeista tulee olla tiedot laiterekisterissä. Lain mukaan laite tulee olla jäljitettävissä, jos laitteen käytössä tai laitteen takia potilaan hoidossa ilmenee ongelmia. Laitteiden käyttöön ja laiterekisterin ylläpitoon tulee nimetä yksikköihin vastuuhenkilöt. Jäljitettävyyden kannalta tulee tallentaa laitteeseen liittyvät laitetunnistetiedot, fyysinen sijainti sekä käyttöönotto- ja hankinta-aika. Riskienhallinnan kannalta on tärkeää tietää laitteeseen asennetut lisälaitteet, laitteiden käyttö osana järjestelmää, laitteisiin tehdyt mahdolliset muutokset, huoltohistoria ja päivitykset sekä laitteiden turvalliseen käyttöön liittyvät ohjeet ja niiden fyysinen sijainti. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6. 2010/629.)

Toiminnanharjoittajan on noudatettava valmistajan antamia ohjeita laitteiden käytöstä, kuljetuksesta, asennuksesta, säilytyksestä, huollosta ja muusta laitteen käsittelystä. Laitteen käytöstä tai viasta johtuneesta vaaratilanteesta tulee ilmoittaa laitteen valmistajalle. Terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen aiheuttamasta vakavasta vaaratilanteesta

on aina tehtävä ilmoitus myös sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirastolle eli Valviralle (Valvira 2011b). Terveydenhuollon laitteen käyttäjällä tulee olla laitteen käyttöön riittävä koulutus. Laitetta tulee käyttää valmistajan ilmoittaman käyttötarkoituksen mukaisesti. Laitteet tulee säätää, huoltaa ja ylläpitää laitevalmistajan ohjeiden mukaisesti. Huollot ja korjaukset saa suorittaa tarvittavan ammattitaidon ja asiantuntemuksen omaava henkilö. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629.)

Laitteisiin liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi apuvälineiden ja laitteiden kuntoon ja määrään liittyvät seikat sekä tilojen epätarkoituksenmukaisuuden myötä aiheutuvat tekijät (Pihkala 2010, 46).

Ohjelmistot on myös mainittu lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista sisältämissä määritelmässä terveydenhuollon laitteesta. Potilastietojärjestelmät ovat ohjelmistotuotteita, joita käytetään laajasti terveydenhuollon eri yksiköissä. Potilaan ja asiakkaan saamaansa hoitoon liittyvien tietojen lisäksi näihin järjestelmiin on liitetty ja kehitetty yhä enemmän toiminnallisia osia, jotka ovat merkittävässä roolissa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Yksittäisellä ohjelmiston osalla voi olla käyttötarkoitus, joka vastaa laissa olevaa määritelmää terveydenhuollon laitteelle. Osan liittämisen yhteydessä tulee aina arvioida kokonaisjärjestelmässä tapahtuneiden muutosten suhde lain vaatimuksiin. (Valvira 2011a.)

Avelin ja Lepola (2008, 57) toteavat sähköisen potilaskertomuksen vähentävän kirjaimiseen liittyviä ongelmia, kuten epäselvään käsialaan ja lääkkeiden nimien lyhenteiden tulkinnasta johtuneiden virheiden määrää.

2.3.3 Hoidon turvallisuus potilasturvallisuuden perustana

Hoidon turvallisuuteen kuuluvat hoitomenetelmien turvallisuus ja hoitamisen turvallisuus. Hoitomenetelmien turvallisuuden osalta tarkastellaan erilaisia hoitomenetelmistä aiheutuvia haittavaikutuksia potilaaseen tai asiakkaaseen. Hoitamisen turvallisuus puo-

lestaan käsittää kaikki mahdolliset poikkeamat asiakkaan hoidon prosessissa. (Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Perehdyttämisen tärkeyttä tulee korostaa, ja perehdyttämiseen tulee varata tarpeeksi aikaa, jotta hoidon turvallisuus toteutuu ja yhtenäisten toimintatapojen oppiminen on mahdollista (Pihkala 2010, 46-48). Uuden työntekijän aloittaessa tulee hänelle järjestää systemaattinen ja riittävän pitkä perehdytys. Turvallisen hoidon toteuttaminen on mahdollista, kun potilaita hoitaa riittävä määrä ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa. Hoidon turvallinen toteutuminen edellyttää, että henkilökunnalla on mahdollisuus systemaattiseen koulutukseen ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. (Yli-Villamo 2008, 56-58.)

Työyhteisön toimintatavan tulee olla sellainen, jossa henkilökunta havainnoi aktiivisesti potilaan hoitoon liittyviä riskejä ja pyrkii ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia (Pihkala 2010, 45). Tammelan (2011, 20) mielestä vaaratapahtumille altistavien tekijöiden tunnistaminen on edellytyksenä potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Kuisma (2010, 54) korostaa, että pelkkä tiedon keruu ja vaaratapahtumailmoitusten käsittely eivät lisää potilasturvallisuutta. Hänen mielestään oleellisen tärkeää on vaaratapahtumien systemaattinen analysointi ja niistä saadun potilasturvallisuutta lisäävän tiedon jakaminen laajasti organisaation sisälle. Hoitovahinkojen estämiseksi on kuitenkin tunnistettava minkälaisia vaaratapahtumat ovat ja minkälaisissa olosuhteissa ne tapahtuvat (Kuisma 2011; Taatila 2009, 84). Yksikön koko henkilökunta on avainasemassa vaaratapahtumien havainnoimisessa ja niistä ilmoittamisessa (Kuisma 2011, 37). Vaaratapahtumien raportointia voivat kuitenkin vaikeuttaa kiireen lisäksi pelko syyllistymisestä ja epäily raportoinnin hyödyttömyydestä (Taatila 2009, 84). Kuisman (2011) mukaan on arvioitu, että vain noin 10- 30 % vaaratapahtumista tehdään vaaratapahtumailmoitus.

Potilaspalautejärjestelmän käyttöönotto vaaratapahtumien ilmoittamiseen tuo uuden näkökulman hoidon turvallisuuden ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Potilaiden omaa ilmoitusjärjestelmää varten tarvitaan yksikköön oma tietokone, johon potilas voi kirjautua ja tehdä ilmoituksen. Potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa lisääntyy, ja potilasturvallisuuden kehittäminen potilaslähtöisemmin mahdollistuu. Hoitopoikkeamasta tulee myös informoida potilasta. (Taatila 2009, 88-89.)

Vaaratapahtumista raportointi on jatkuvaa toiminnan arviointia ja kehittämistä. Virheiden ja vaaratilanteiden avoin ja syyllistämätön käsittely olisi saatava työyhteisön tavaksi. Esimiehiltä vaaditaan taitoa nähdä vaaratapahtuman sisältö ja siihen liittyvät tekijät ilman osallisina olleita henkilöitä (Kuisma 2010, 57). Vaaratapahtumien raportointi ja hoidon turvallisuuden kehittäminen on kaikkien yhteinen asia. (Tautila 2009, 84.) Päämääränä tulee olla hoidon laadun ja turvallisuuden jatkuva parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6). Avelin ja Lepolan (2008, 57) mukaan vaaratapahtumajärjestelmän avulla on tapahtunut oppimista, mikä ilmenee kehittämistoimenpiteiden suunnittelussa, toteutuksessa ja hoitohenkilökunnan asenteissa.

Virheistä oppimista edistää avoin keskustelu ja vuorovaikutus. Johdon rooli on keskeinen sen virittäjänä ja keskustelukäytännön mahdollistajana. Yksittäisiä työntekijöitä syyllistävä esimies saa aikaan sen, että virheitä peitellään paljon herkemmin (Pasternack 2010, 1130). Vaaratapahtuman syiden tutkiminen ja niistä oppiminen sekä johtopäätösten tekeminen on tärkeämpää kuin yksittäisen työntekijän syyllistäminen ja rangaistaminen (Ahlberg 2007, 219). Ikosen (2011, 18) mielestä avoin ja syyttämätön ilmapiiri mahdollistaa haittatapahtumien analysoinnin ja niistä oppimisen. Suurimpia esteitä virheistä oppimiselle ovat syyllistäminen, virheiden ohittaminen, keskustelemattomuus, kiire ja vastuunoton välttäminen oppimisesta. (Kinnunen 2010b, 134.) Organisaatiokulttuurin muuttuminen potilasturvallisuuden kannalta avoimemmaksi ja vähemmän syyllistäväksi, edellyttää koko henkilökunnan sitoutumista (Kuisma 2011, 37). Virheiden välitön ja rehellinen paljastaminen asiakkaalle, potilaalle tai vahingon uhriksi joutuneelle on myös ainoa tapa säilyttää luottamus. Aito anteeksi pyytäminen auttaa potilasta selviytymään vaaratapahtumasta aiheutuneesta henkisestä paineesta ja kärsimyksestä. (Pasternack 2006, 2459.)

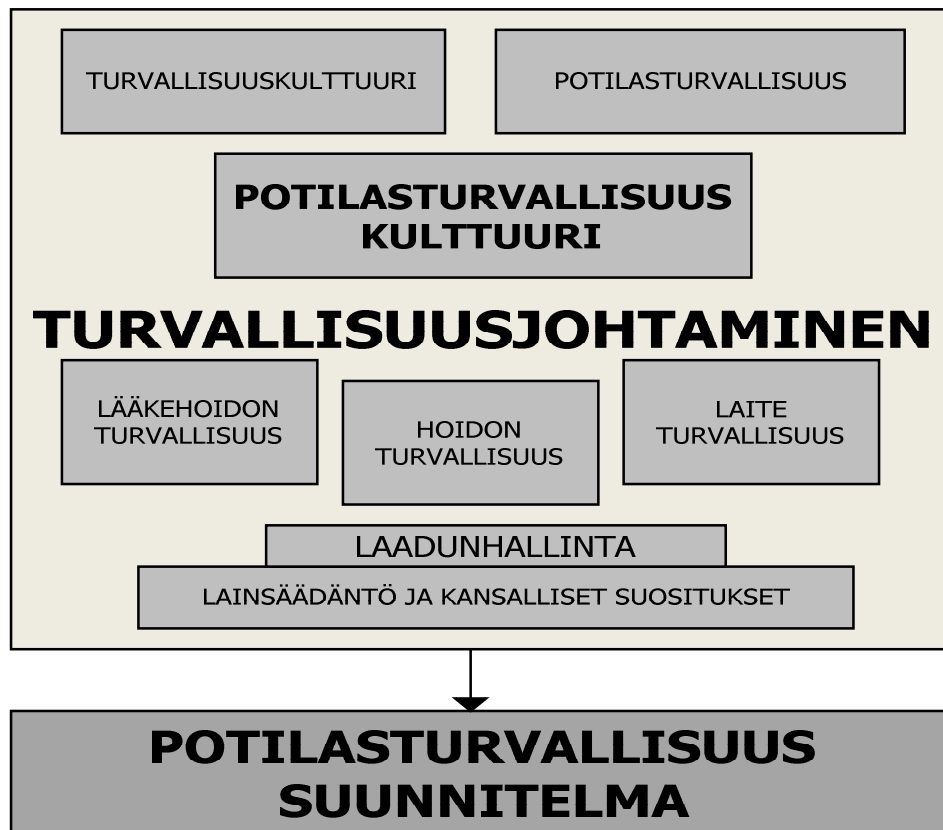
3 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ

Turvallisuusjohtamisessa yhdistyvät toimintatapojen ja ihmisten johtaminen siten, että turvallisuutta pyritään ennakoimaan ja kehittämään suunnitelmallisesti (Fagerström & Tamminen 2010, 19). Turvallisen toiminnan periaatteet tulee sisältyä jokaisen työntekijän ajatteluun ja toimintatapoihin. Onnistunut turvallisuusjohtaminen edistää henkilöstön sitoutumista työhön, parantaa työilmapiiriä ja laatua sekä vähentää haittatapahtumia. (Työsuojeluhallinto 2011.)

Turvallisuuskulttuuri on tahtoa toimia turvallisesti ja vaarojen toteutumisen ehkäisemistä (Pietikäinen ym. 2008, 25). Hyvässä turvallisuuskulttuurissa turvallisuutta korostetaan tärkeänä asiana (Reiman ym. 2008, 4). Toimivassa potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuudesta välitetään aidosti, ja potilasturvallisuus ymmärretään organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi (Taatala 2009, 85). Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri ehkäisee hoidosta potilaalle aiheutuvia ylimääräisiä haittoja (Seppänen 2009, 17).

Potilasturvallisuus sisältää lääkehoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja hoidon turvallisuuden (Avelin & Lepola 2008, 10). Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus ja hyvä hoito on sitä, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on tärkeä osa hoidon laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3, 20.)

Potilasturvallisuussuunnitelma on lainsäädäntöön ja valtakunnallisiin suosituksiin perustuva vaaratilanteita ennaltaehkäisevä ja potilasturvallisuutta parantava organisaation suunnitelma. Potilasturvallisuussuunnitelma tehdään yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2011.)



KUVIO 3. Turvallisuusjohtaminen ja opinnäytetyön keskeiset käsitteet

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen Kokkolan sosiaali- ja terveystoimelle. Kokkolan sosiaali- ja terveystoimi jakaantuvat kolmeen eri tulosalueeseen, joita ovat sosiaali- ja vammaispalvelut, terveyspalvelut ja vanhuspalvelut. Potilasturvallisuussuunnitelma tehdään yhteistyössä ohjausryhmän kanssa, joka koostuu jokaiselta tulosalueelta valituista jäsenistä. Potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä on hyödynnetty Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelmaa. Potilasturvallisuussuunnitelmassa huomioidaan suomalainen lainsäädäntö ja valtakunnalliset suositukset. Potilasturvallisuussuunnitelman laadinnassa hyödynnetään sosiaali- ja terveystoimen esimiehille tehtyä kvantitatiivisen potilasturvallisuuskyselyn tuloksia, sekä teoreettisesta viitekehyksestä nousseita tietoja.

Opinnäytetyön tavoitteena on Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuuden kehittäminen. Potilasturvallisuussuunnitelman myötä potilaiden ja asiakkaiden saama hoito on turvallisempaa ja hoitoon liittyvät virheet sekä haittatapahtumat vähenevät. Potilasturvallisuussuunnitelma lisää potilaan ja asiakkaan osallistumista hoitoon ja edistää potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen palvelukokonaisuuteen kuuluvissa tuloksyksiköissä.

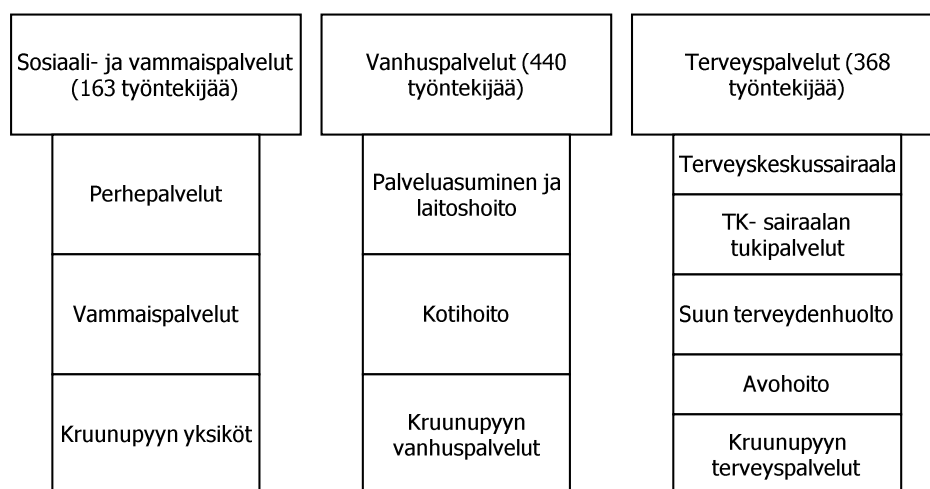
Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuus esimiesten arvioimana?
2. Minkälaisia asioita potilasturvallisuussuunnitelman tulee sisältää?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön toimintaympäristönä (KUVIO 4) on Kokkolan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä on auttaa ja tukea kuntalaisia selviytymään sosiaalisista ja terveydellisistä riskeistä sekä taloudellisista vaikeuksista ehkäisevillä toimenpiteillä ja järjestämällä tarpeen mukaisia sekä monipuolisia palveluja. Kokkolan kaupunki järjestää myös Kruunupyyn sosiaali- ja terveyspalvelut, lukuun ottamatta varhaiskasvatuksen palveluita ns. isäntäkuntamallilla. Toimintaympäristön ulkopuolelle jää sosiaali- ja terveystoimen palvelukeskus, joka sisältää hallinnon palveluita. Toimintaympäristöön kuuluvilla kolmella tulosalueella on työntekijöitä yhteensä 971.



KUVIO 4. Opinnäytetyön toimintaympäristö

Sosiaali- ja vammaispalvelujen tulosalueen tehtäväalaan kuuluvat sosiaalihuoltolain ja erillislakien mukaiset sosiaalityön, lastensuojelun, päihdehuollon, lapsiperheiden kotipalvelun, toimeentulotuen, vammaispalvelujen, perheneuvolan ja ulkomaalaistoiminnan palvelut, etuudet sekä tuet. (Kokkolan sosiaali- ja terveyspalvelut 2011.)

Terveyspalvelujen tulosalue vastaa kansanterveyslain mukaisten terveyspalvelujen järjestämisestä edistämällä ja ylläpitämällä väestön terveyttä, vähentämällä terveysriskejä, vaikuttamalla elintapoihin ja ympäristöön sekä tuottamalla terveyspalveluja. Terveyspalvelujen tulosalueelle kuuluu myös erikoissairaanhoidon koordinointi. (Kokkolan sosiaali- ja terveyspalvelut 2011.)

Vanhuspalvelujen tulosalue vastaa sosiaalihuoltolain mukaisista vanhusten laitos- ja hoivapalveluista, asumis- ja tukipalveluista, kotihoidon (sisältää sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon) sekä omaishoidontuen järjestämisestä (Kokkolan sosiaali- ja terveyspalvelut 2011).

Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen toimintaympäristö on laaja sekä moniulotteinen. Kolme erilaista palvelukokonaisuutta sisältävät erilaisia yksiköitä, joissa asiakkaan ja potilaan hoitamiseen liittyy monenlaisia toimintaohjeita sekä toimintamalleja. Toimijoita on paljon, joten työssä piilee aina mahdollisuus potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Vaaratapahtumat ovat aina mahdollisia, vaikka toiminta on vahvasti säädeltyä ja henkilökunta ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3, 11).

5.2 Toimintatutkimus opinnäytetyön lähestymistapana

Toimintatutkimus on ymmärrettävä tutkimuksellisenä lähestymistapana, jossa hyödynnetään erilaisia kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tutkimusten menetelmiä. Sen avulla puututaan todellisiin elämän tapahtumiin ja pohditaan väliin tulevien muuttujien vaikutusta valittuun tapaukseen. Toimintatutkimuksellista prosessia ei usein voida täysin ennalta suunnitella, vaan kehittämisprosessin aikana tapahtuvat asiat, havainnot ja muut muutoksia aiheuttavat tekijät ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä (Toikko & Rantanen 2009, 30). Toimintatutkimus on tapa tutkia tiettyä ajatusta käytännössä ja tarkoituksena on muuttaa tai kehittää jotakin, ja saada aikaan todellinen muutos. Toimintatutkimuksen tavoitteena voi olla uusien taitojen kehittäminen tai uuden lähestymistavan löytäminen. Tarkoituksena on aina toteuttaa samanaikaisesti sekä tutkimus että toiminta. (Anttila 2006, 439-444.)

Tämän opinnäytetyön taustatietoja kerättiin sosiaali- ja terveystoimen esimiehille suunnatulla potilasturvallisuuskyselyllä (LIITE 1). Kyselyllä kartoitettiin sosiaali- ja terveystoimen esimiesten mielipidettä potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Opinnäytetyön kehittämisen osuus oli sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuuden kehittäminen ja potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen. Valmiin potilasturvallisuussuunnitelman myötä tapahtuu muutoksia sosiaali- ja terveystoimen todellisuudessa, eli potilasturvallisuuskulttuuri kehittyy ja potilaiden ja asiakkaiden saama hoito on turvallisempaa.

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui yksittäisten henkilöiden potilasturvallisuusajattelussa kehittymistä. Opinnäytetyöprosessin aikana saatiin kylvettyä vain pieni potilasturvallisuusajattelun kehittämisen siemen sosiaali- ja terveystoimen toimintaympäristön toimijoiden ajatusmaailmaan. Laajempaa hyötynä on saatu alkuun koko organisaation potilasturvallisuusajattelussa eteenpäin menevä muutos. Lopullinen potilasturvallisuusajattelun kehittyminen tulee tapahtumaan hitaasti tulevaisuudessa, kun potilasturvallisuussuunnitelma alkaa elämään osana päivittäistä potilasturvallisuusajattelua ja potilasturvallisuuskulttuuri aloittaa hitaan kehittymisen työyhteisöjen sisällä. (Toikko & Rantanen 2009, 30).

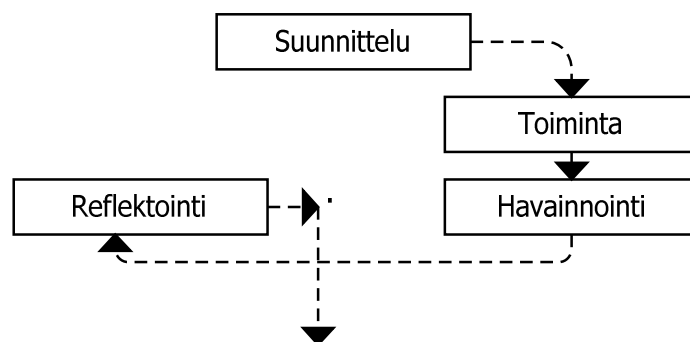
Potilasturvallisuussuunnitelma tehtiin yhdessä ohjausryhmän kanssa, jonka jäsenet ovat toimintaympäristön sisällä toimivia henkilöitä. Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli voi vaihdella ulkopuolisesta asiantuntijasta aktiiviseen tasavertaiseen osallistajaan (Toikko & Rantanen 2009, 30). Tässä opinnäytetyössä tutkijan rooli oli toimia aktiivisena osallistujana potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä. Opinnäytetyön tekijä oli perehtynyt potilasturvallisuuskulttuuriin ja potilasturvallisuuteen liittyvään teoriaan, minkä pohjalta saatiin potilasturvallisuussuunnitelmasta lakiin ja asetuksiin sekä asiantuntijoiden tuottamaan tutkittuun tietoon perustuvaa sisältöä. Opinnäytetyön tekijän tehtävänä oli tuoda tietoa potilasturvallisuussuunnitelman rungonsi, jota sitten ohjausryhmän jäsenet refleктоivat oman ammattitaitonsa ja tietoperustansa kautta dialogin myötä lopulliseen muotoon lisättäväksi potilasturvallisuussuunnitelmaan.

Toimintatutkimuksen ongelmat ja tavoitteet muodostetaan yhdessä tutkijoiden ja systeemissä toimivien henkilöiden kanssa. Toimintatutkimukseen sisältyy reflektiivinen ote, mikä edellyttää hankkeessa mukana olevia tarkastelemaan kriittisesti tekemisiään

tutkimuksen eri vaiheissa. Reflektiiviseen ajatteluun sisältyy epäilevä, hämmästelevä ja uusia näkökulmia metsästävä asenne sekä tutkiva mieli. Toimintatutkimuksen eteneminen tapahtuu sykleissä, joiden jokaisessa vaiheessa tapahtuu suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi ja suunnittelun tarkistus. Spiraalimainen eteneminen tapahtuu sykleissä eli kierroksissa ja yksi sykli on aina perusta seuraavalle syklille. (Anttila 2006, 439-444.)

Tässä opinnäytetyössä ohjausryhmän jäsenten rooli oli reflektoida potilasturvallisuuden sisältävää tietoa omaan toimialaansa ammattitaitojen sekä tietojen pohjalta. Ohjausryhmän jäsenille annettiin tilaa tuoda esille ideoita, joiden myötä valmistuva potilasturvallisuussuunnitelma saatiin soveltumaan koko sosiaali- ja terveystoimen toimintaympäristön moniulotteiseen organisaatioon. Ohjausryhmän oman aktiivisuuden mukaan he perehtyivät potilasturvallisuuteen liittyvään tietoon, jotta pystyivät osallistumaan suunnitelman luomiseen, kehittämiseen ja ideointiin. Oleelliset ja tärkeimmät tiedot opinnäytetyön tekijä lähetti sähköpostilla ohjausryhmän jäsenille, kuten Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian ja Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelman, johon valmistunut suunnitelma pohjautuu.

Tämän opinnäytetyön eri vaiheita on kuvattu prosessikaavioilla, joissa jokaisessa vaiheessa on tapahtunut jonkintasoista toimintatutkimukselle ominaista spiraalimaista etenemistä (KUVIO 5). Ensimmäisessä vaiheessa on yleensä ollut jokin teema tai aihe, jota sitten lähdettiin työstämään eli havainnoimaan ja konkretisoimaan ohjausryhmässä tai sitten ohjausryhmän kokousten välisenä aikana. Teemasta tai aiheesta muodostettiin yhteinen kokonaiskäsitelmä. Viimeistään seuraavassa ohjausryhmän kokouksessa lopullisen reflektoinnin myötä saatiin aikaiseksi hyvä lopputulos, joka sitten hyväksyttiin yhdessä potilasturvallisuussuunnitelmaan lisättäväksi asiaksi. Jatkossa palattiin uudestaan jo sovittuun päätökseen ja muutettiin sitä, jos aiheesta saatiin lisää tietoa tai asiasta tuli esimerkiksi uusi lakimuutos tai asetus. Ajalliset takarajat asettavat kehittämistyölle ja spiraalimaiselle kehittämiselle omat rajoituksensa, joten loputtomiin ei spiraalimaisia kehiä tai silmukoita pystytä käymään lävitse. (Toikko & Rantanen 2009, 66-67.)

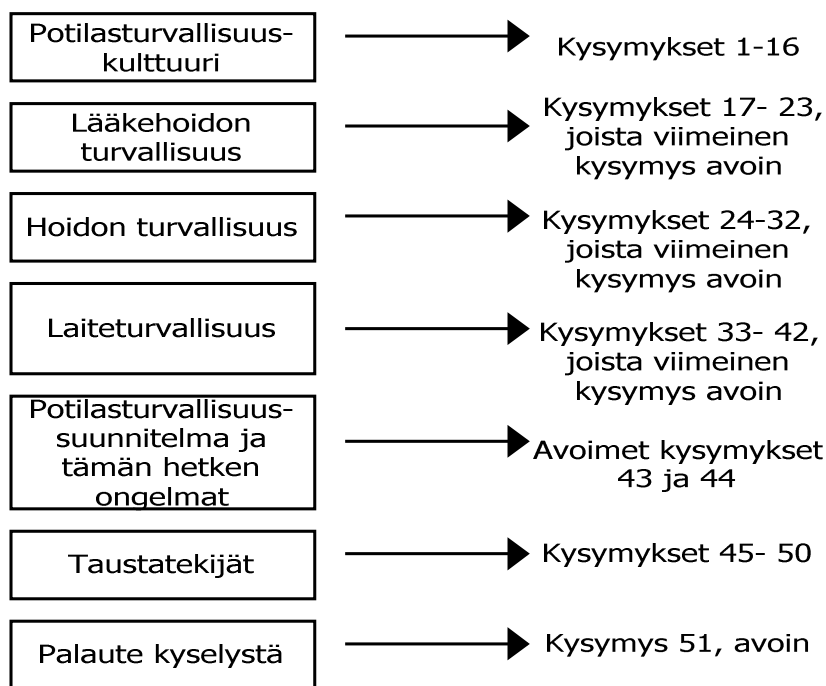


KUVIO 5. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Toikko & Rantanen 2009,67)

5.3 Tutkimusmenetelmä ja analyysi

Opinnäytetyöhön liittyvä potilasturvallisuuden toteutumista kartoittava tutkimus on määrällinen eli kvantitatiivinen, ja aineiston keruu suoritettiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, jossa on myös avoimia kysymyksiä. Vastauksista muodostettiin prosenttijakaumia, ristiintaulukointeja sekä frekvenssejä. Avointen kysymysten vastauksille tehtiin yksinkertainen luokittelu ja vastauksia hyödynnettiin potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä. Avointen kysymysten vastauksia on käytetty myös suorina lainauksina opinnäytetyön pohdinnassa. Sisällön analyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä päätelmiä aineiston suhteesta asiasisältöön. Sisällön analyysin tavoitteena on kuvata aineiston jakautumista luokkiin ja kategorioihin. Sille on tyypillistä aineiston luokittelu ja tilastollinen käsittely, kun halutaan kuvata aineistoa määrällisesti. (Anttila 2000, 254-255.)

Kyselylomakkeen runko jaettiin viiteen osioon (KUVIO 6). Kaikkiin osioihin sisältyi avoimia kysymyksiä, lukuun ottamatta alun potilasturvallisuuskulttuurin kysymyssarjaa. Ennen viidettä osiota eli taustatekijöitä oli kaksi avointa kysymystä, joista ensimmäisellä hankittiin ideoita potilasturvallisuussuunnitelmaa varten ja toisella kysymyksellä saatiin tietoon mahdolliset heti ratkaisua vaativat potilasturvallisuuteen liittyvät ongelmat. Lopuksi oli vielä mahdollisuus antaa palautetta kyselystä.



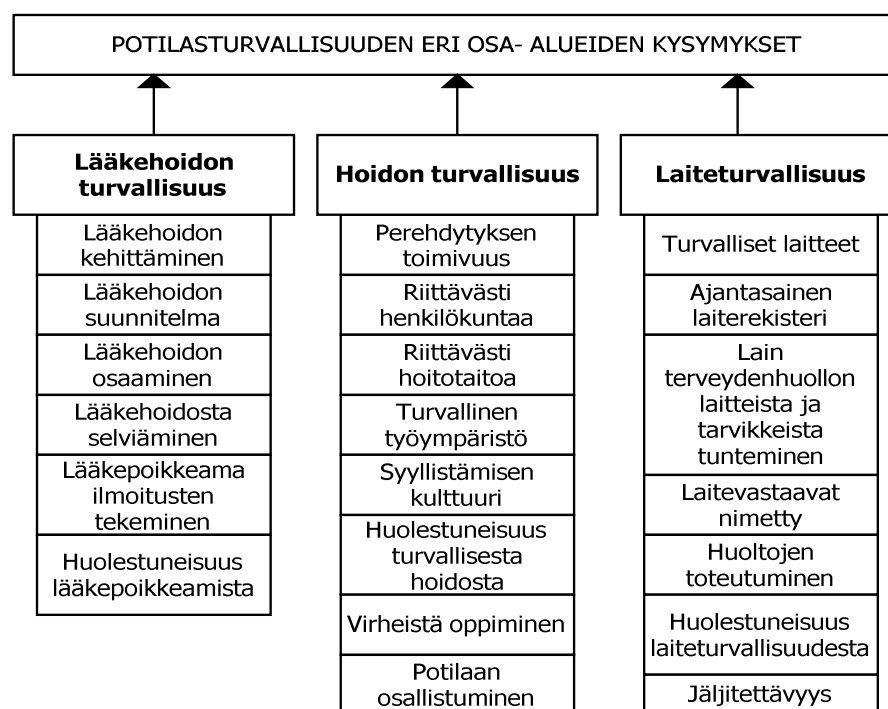
KUVIO 6. Kyselylomakkeen rakenne

Alkuperäisen suunnitelman mukaan potilasturvallisuuden kartoituksen kohteena oli koko sosiaali- ja terveystoimialan henkilöstö. Tutkimuksen kohderyhmän vaihtuminen esimiehiin, aiheutti kyselylomakkeen laatimiseen paljon muutoksia. Henkilöstölle suunnatuista kysymyksistä osa poistettiin, ja tilalle valittiin esimiestyön näkökulmaan sopivia kysymyksiä potilasturvallisuudesta ja potilasturvallisuuskulttuurista. Ensimmäisten suunnitelmien mukaisesti kyselylomakkeen laadinnassa oli tarkoitus hyödyntää amerikkalaista Hospital Survey on Patient Safety Culture -kyselyä. Kyselyä on käytetty erittäin paljon amerikkalaisten hoitolaitosten ja sairaaloiden potilasturvallisuuden kartoittamiseen (AHRQ 2011). Tästä kyselylomakkeesta jäi jotakin ideoita mieleen, jotka sitten osaltaan vaikuttivat lopullisen kyselylomakkeen sisältöön.

Potilasturvallisuus päätettiin jakaa hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen, joten näihin alueisiin valikoitui luontevasti sopivia kysymyksiä (KUVIO 7). Potilasturvallisuus on yläkäsite, joka sisältää hoidon turvallisuuden ohella lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden (Snellman 2009, 37; Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5). Kysymysten valinnassa ja kyselylomakkeen laadinnassa tehtiin syksy aikana yhteistyötä ohjaajien kanssa. Joulukuun 2010 aikana mukaan

tuli myös ohjausryhmän tuki. Ohjausryhmän kokouksessa pohdittiin sopivia aihealueita ja niihin soveltuvia kysymyksiä.

Lääkehoidon alueen kysymykset pohjautuvat valtakunnalliseen oppaaseen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laiteturvallisuuteen liittyvät kysymykset muodostettiin asioista jotka sisältyvät lakiin terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Hoidon turvallisuuteen liittyvät kysymykset mietittiin yhdessä ohjausryhmän kanssa. Potilasturvallisuuden alueen kysymykset nostettiin tietoperustasta ja rajattiin koskemaan keskeisimpiä potilasturvallisuuden alueita. Potilasturvallisuuden kolmen osa- alueen kysymysten määrä pyrittiin pitämään kohtuullisena, koska yleisen potilasturvallisuuskulttuurin kartoitukseen liittyviä kysymyksiä oli valittuna jo yhteensä 16.



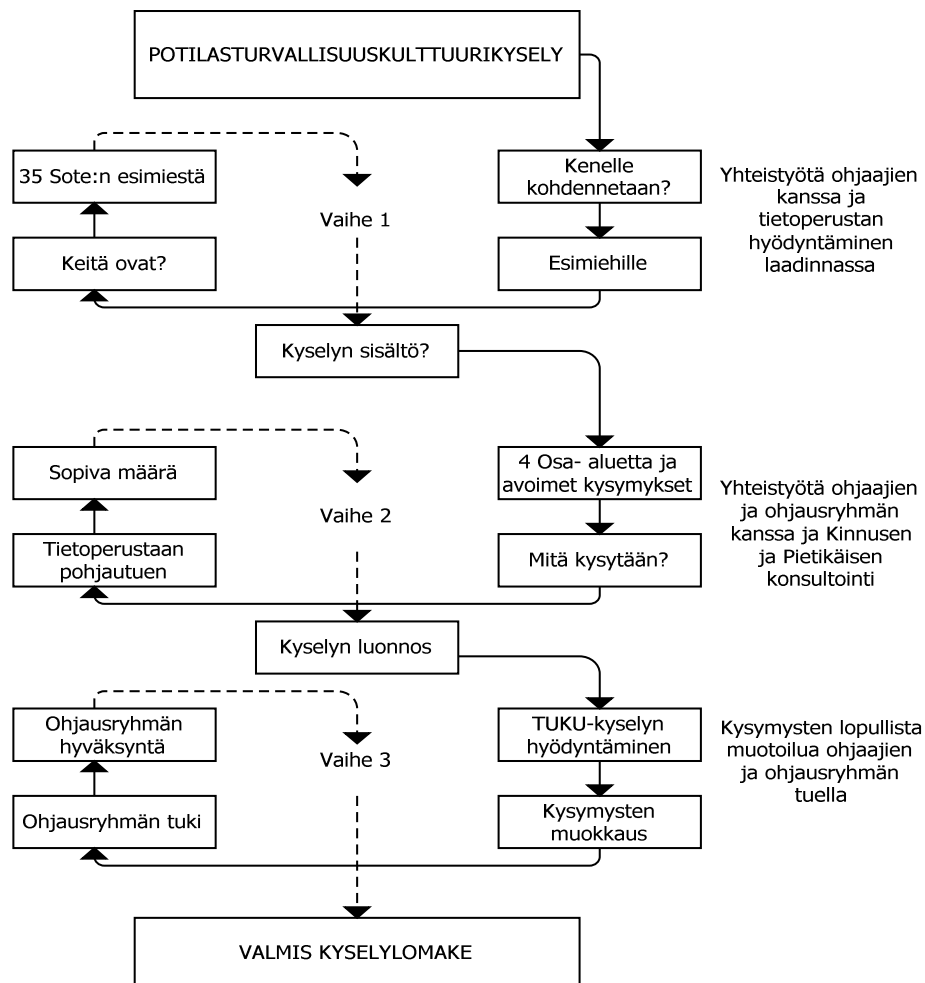
KUVIO 7. Potilasturvallisuuden osa- alueiden kysymysten aiheet

Strukturoituihin kysymyksiin oli jokaiseen kuusi vastausvaihtoehtoa, joista sai rastittaa vain yhden. Niille vastaajille, jotka eivät kyenneet päättämään mielipidettään, annettiin yhdeksi valinta vaihtoehdoksi ”en samaa enkä eri mieltä”. Jos vastaaja kokisi,

että kysyttävä asia ei soveltuisi yksikön toimintaan, oli siihen varattu myös oma vaihtoehtonsa. Jokaiselta potilasturvallisuuden osa-alueelta on nostettu yksittäisiä kysymyksiä esiin tarkasteltavaksi.

Yhteisten vastausten lisäksi aineistosta tehtiin ristiintaulukointia, jotta tuloksia saatiin erikseen myös vanhuspalveluiden, sosiaali- ja vammaispalveluiden ja terveystalouden näkökulmasta. Näitä tuloksia ei ole kuitenkaan tulostettu liitteeksi, koska vastaajien vähyyden takia voi joissain tapauksessa olla mahdollista yksittäisen vastaajan ja vastauksen henkilöityminen. Joitakin tuloksia on kuitenkin nostettu esille eriteltyinä kolmelta eri tulosalueelta.

Tukea kysymyslomakkeen rakentamiseen (KUVIO 8) ja potilasturvallisuuskyselyn rajaamiseen saatiin sähköpostin välityksellä Vaasan keskussairaalan laatupäälliköltä Marina Kinnuselta ja VTT:n tutkijalta Elina Pietikäiseltä. Kinnusella on vahva kokemus potilasturvallisuuden kehittämisessä ja Pietikäinen on työskennellyt muun muassa potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen alueella jo pitkään. Vaasan sairaanhoitopiirissä on vuoden 2010-2011 aikana tehty uusintakysely potilasturvallisuuteen liittyen. Kyselyyn liittyvää TUKU-kyselylomaketta saatiin käyttää opinnäytetyön tiedonkeruun apuna. TUKU-kysely sisälsi paljon hyviä valmiiksi esitestattuja kysymyksiä potilasturvallisuuskulttuurin kartoittamiseen, joita muokattiin ohjausryhmän kanssa sosiaali- ja terveystalouden esimiesten näkökulmaan sopiviksi.



KUVIO 8. Kyselylomakkeen rakentumisen prosessi

Kyselylomakkeen rakentumisen prosessin eri vaiheissa on tapahtunut toimintatutkimukselle ominainen spiraalimainen kehittäminen. Alkuvaiheessa mietittiin tutkimuksen kohderyhmää, joka vaihtui työntekijätasosta esimiehiin, kun saatiin selkeästi teoretietoa, että potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen perustana on esimiesten ja johdon tuki. Kyselylomakkeen muodostamisen vaiheessa tehtiin paljon erilaisia versioita kysymyksistä ja aihealueista, kunnes pohdinnan, havainnoinnin ja reflektoinnin kautta päästiin mielestämme riittävän hyvään lopputulokseen. (Toikko & Rantanen 2009, 67.)

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

6.1 Aiheen valinta ja rajaaminen

Tutkimuksen ja opinnäytetyön aiheen valinnassa on tärkeää, että tutkija viihtyy aiheen parissa ja tuntee sen omakseen. Aiheen on oltava sellainen, jonka tutkimiseen ja käsittelyyn tekijällä on hyvät henkilökohtaiset edellytykset. Aihetta valitessaan on tekijän otettava huomioon oma persoonallisuus, omat kokemukset, vahvuudet ja ammatillinen suuntautuneisuus. Tutkimusaiheen on oltava sellainen, johon on valmis sitoutumaan. (Jyväskylän Yliopisto.)

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui työyhteisön tarpeista noussut aihe eli potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen Kokkolan kaupungin sosiaali- ja terveystoimelle. Kiinnostuin aiheesta, koska potilasturvallisuuden toteutuminen hoidossa on ehdottoman tärkeää. Oman oppimisen kannalta koin hyödylliseksi saada opinnäytetyön prosessin myötä laajasti tietoa potilasturvallisen hoidon kehittämiseen ja johtamiseen. Potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtainen asia, ja potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen oli kirjattuna myös tavoitteena terveyskeskuksen strategiaan. (Kokkolan terveyskeskuksen strategia 2010–2013.) Valtakunnallinen kiinnostus potilasturvallisuuden kehittämiseksi on viimeisten vuosien aikana lisääntynyt voimakkaasti. Potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta on suomessa tehty kuitenkin vasta vähän. (Kuisma 2011, 2.) Potilasturvallisuuden kehittämiseen tarvitaan aktiivista ja sinnikästä kansallista sekä kansainvälistä yhteistyötä ja verkostoitumista terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla (Peltomaa 2009, 20-26).

Potilasturvallisuussuunnitelman pohjaksi päätettiin ottaa alkuvaiheessa Vaasan sairaanhoitopiirin malli, jossa potilasturvallisuuden kehittämistyötä on tehty järjestelmällisesti vuodesta 2007 alkaen. Potilasturvallisuuden kehittämistä on Vaasassa tehty yhteistyössä keskussairaalan, terveyskeskusten, ensihoidon ja terveysalan opetusorganisaatioiden kanssa. Tavoitteena on ollut luoda alueelle potilasturvallisuuskulttuuri, jossa korostuu avoimuus, riskitietoisuus ja halu oppia vaaratapahtumista. Kaikkien henkilöstöryhmien lisäksi mukana ovat olleet potilaat ja heidän omaisensa. (Honga 2010, 3.) Vaasan poti-

lasturvallisuussuunnitelman malli ja sisältö on toiminut lähtökohtana ja mallina koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Lopullinen päätös aihevalinnasta tehtiin kesäkuussa 2010. Hallituksen uuden terveydenhuoltolain esityksen (He 90/2010) ohjaamana sovittiin, että potilasturvallisuussuunnitelma tehdään koko sosiaali- ja terveystalouden käyttöön yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. (Voipio-Pulkki 2010, 137; Kinnunen 2010a.) Potilasturvallisuussuunnitelman laadinnan avuksi päätettiin ensin tehdä kysely koko sosiaali- ja terveystalouden henkilöstölle, jolla kartoitettaisiin potilasturvallisuuskulttuurin tämänhetkistä tasoa. Kun sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitetään turvallisuuskulttuuria, on järkevää aloittaa sen lähtötason arvioinnista ja pohtia, mihin tekijöihin puuttamalla voidaan organisaation turvallisuuskulttuuria kehittää (Pietikäinen ym. 2008, 18).

Alkuvaiheessa suunniteltiin opinnäytetyöprosessin etenemisen aikataulu ja se, millainen on opinnäytetyön konkreettinen lopputuotos. Seuraavaksi tehtiin päätökset, kenelle tutkimuskysely suunnataan ja miten tutkimuskysymysten sisältöä lähdetään rakentamaan. Alkuun oli suunnitelmissa tehdä kysely koko henkilöstölle ja myös potilaille sekä omaisille. Opinnäytetyön etenemistä ja potilasturvallisuussuunnitelmaa päätettiin esittää ajoittain organisaation vastuuhenkilöille, jotta organisaation johtoon kuuluvat olisivat myös tietoisia projektin tilanteesta. Aiheen rajausta tehtiin kesän ja alkusyksyn aikana yhdessä ohjaajien kanssa. Potilasturvallisuuden jakaminen hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen oli myös yksi rajausta selkeyttävä päätös. Päätös suuntasi myös kyselylomakkeen sisällön rakennetta sekä rajasi hyvin kysymysten aihealueita.

Syksyn ja alkutalven aikana tapahtui aiheeseen perehtyminen ja lähteiden etsiminen. Tietoa aiheesta oli paljon saatavilla, vaikka potilasturvallisuuden kehittäminen on Suomessa vasta alkuvaiheessa. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2006 kolmevuotisen potilasturvallisuuden kehittämishankkeen, jonka myötä luotiin suomalaisen potilasturvallisuuden kehittämisen linjaukset, jotka tiivistettiin Suomen potilasturvallisuusstrategiaksi 2009–2013 (Snellman 2010, 168). Suomen potilasturvallisuusstrategian lisäksi tuleva terveydenhuoltolaki selkeytti oleellisesti opinnäytetyön rakennetta ja sisältöä.

Potilasturvallisuudesta, potilasturvallisuuskulttuurista ja vaaratapahtumien raportoinnista on löydettävissä runsaasti kotimaista ja kansainvälistä materiaalia, joiden myötä tietoperustan rakentaminen sujui hyvin. Potilasturvallisuus nousi näkyvästi kansainvälisesti otsikoihin Yhdysvalloissa, jossa julkaistiin raportti *To err is Human: Building a safer Health System* vuonna 2000. Raportin mukaan Yhdysvaltojen sairaaloissa kuolee vuosittain hoitovirheiden seurauksena 44 000–98 000 henkilöä. Suomen olosuhteissa tämä merkitsisi noin 700–1700 potilaan kuolemaa vuosittain (Snellman 2010, 168).

Potilasturvallisuuden kehittämisestä on vastuussa organisaation johto. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä mukaan on sovittava potilasturvallisuuden vastuuhenkilöistä ja selvitettävä, miten johto vastaa edellytyksistä, jotta voidaan toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011.)

Joulukuussa 2010 järjestettiin Kokkolassa sosiaali- ja terveyspalveluiden vastuuhenkilöille ja erikoissairaanhoidon esimiehille potilasturvallisuuskoulutusta, jossa Vaasan keskussairaalan laatu päällikkönä ja potilasturvallisuuden kehittäjänä työskentelevä Marina Kinnunen esitteli Vaasan sairaanhoitopiirin mallia potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Koulutusiltapäivän jälkeen vaihtui kyselytutkimuksen kohderyhmäksi sosiaali- ja terveyspalveluiden esimiehet. Tämä päätös selvensi lopullisesti opinnäytetyön kokonaisuutta. Kohderyhmän vaihtuminen aiheutti hieman muutoksia tietoperustan rakentamiseen ja erityisesti strukturoidun kysymyskaavakkeen laatimiseen, johon oli jo mietitty sisältöä aikaisempaa kohderyhmää ajatellen.

6.2 Ohjausryhmän kokoaminen

Marraskuussa 2010 tapahtui potilasturvallisuusohjausryhmän kokoaminen. Ohjausryhmän jäseniksi valittiin kunkin tulosalueen palvelupäällikkö, ja he valitsivat tarpeen mukaan itselleen työparin tulosityksiköistään. Potilasturvallisuussuunnitelma tehtiin kevään aikana yhdessä ohjausryhmän kanssa, johon kuuluu 7 esimiestä sosiaali- ja terveystoimen kolmelta eri tulosalueelta. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi opinnäytetyöpro-

sessin aikana terveyskeskuksen hoitotyön johtaja, ja opinnäytetyön tekijän rooli oli ohjausryhmän sihteerinä toimiminen. Laatu- ja kehittämispäällikkö lupautui konsultointivuoksi, jos hänen osaamistaan tarvittaisiin. Ohjausryhmä kokoontui prosessin aikana yhteensä viisi kertaa. Ensimmäisessä kokouksessa esiteltiin opinnäytetyön idea, sovittiin aikatauluista ja keskeisimmistä tavoitteista projektin etenemiseksi.

Seuraavassa vaiheessa tapahtui kyselyyn osallistuneiden esimiesten nimien ja sähköpostiosoitteiden kerääminen. Ohjausryhmän jäsenet lähettivät tiedot omien tulosalueidensa osastohoitajista tai palveluesimiehistä, jotka osallistuisivat kyselyyn. Kyselyyn osallistuvia esimiehiä oli yhteensä 35, joista lopulta 29 vastasi kyselyyn.

6.3 Kyselytutkimuksen suorittaminen

Potilasturvallisuuskysely päätettiin jo prosessin alkuvaiheessa suorittaa webropol-ohjelman avulla, joka oli terveyskeskuksella jo valmiiksi hankittuna. Myös ohjausta ja neuvoa ohjelman käyttämiseen löytyi oman organisaation käyttökokemusten myötä. Erityisesti laatu- ja kehittämispäällikön apu mahdollisti webropol-kyselyn toteuttamisen.

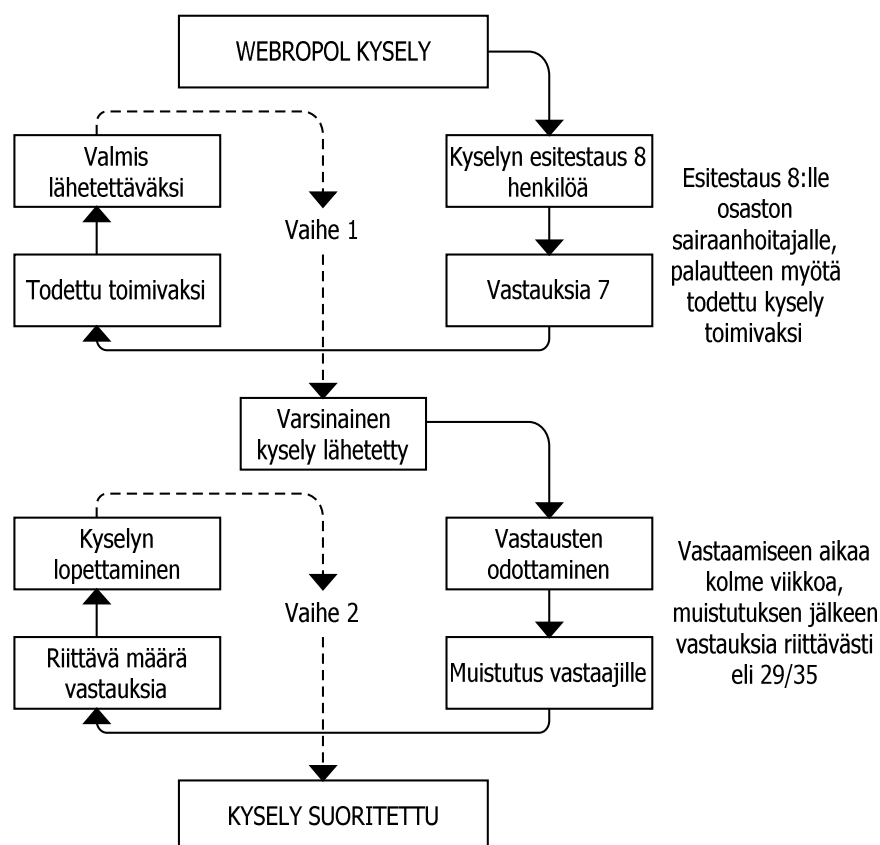
Kyselylomakkeen valmistuttua (KUVIO 9) tehtiin lomakkeen esitestaus kahdeksalle Kokkolan terveyskeskussairaalan osaston sairaanhoitajalle. Esitestaukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat terveyskeskuksen jokaiselta neljältä osastolta eli kaksi iltavuoron sairaanhoitajaa kultakin osastolta. Koska kysely on suunnattu esimiehille, ohjattiin esitestaukseen liittyvässä saatekirjeessä vastaajia miettimään vastauksiaan kyseisen iltavuoron vastuuhoidajan näkökulmasta.

Esitestaukseen liittyvää palautetta oli mahdollista kirjoittaa kyselyn lopuksi. Palautetta oli annettu neljässä vastauksessa. Kahdessa palautteessa kyselyn aihe todettiin mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi. Yhden vastaajan mielestä kysymyksiin oli helppo vastata. Neljännen palautteen antajan mielestä kysymyksiä oli liian paljon. Kysymysten määrää oli prosessin aikana vähennetty jatkuvasti, ja yhden esitestauksen palautteen myötä vähen-

nyksiä ei enää kuitenkaan päätetty ohjausryhmässä tehdä. Esitestauksen jälkeen tehtiin ohjausryhmän kokouksessa ainoastaan yksi pieni muutos taustatekijöihin liittyen.

Esitestauksen jälkeen, kun ohjausryhmässä todettiin kyselylomake toimivaksi, lähetettiin kysely vastaajien sähköpostiin. Saatekirjeessä (LIITE 2) osallistujia pyydettiin vastaamaan ripeästi, jotta tuloksia saataisiin mahdollisimman nopeasti ohjausryhmän käyttöön. Kyselyn tuloksia ja projektin tilannetta oli tarkoitus esitellä myös helmikuussa järjestettävillä potilasturvallisuuskoulutuspäivillä, joka kuitenkin siirrettiin järjestettäväksi toukokuussa.

Vastauksia saatiin runsaasti heti ensimmäisellä viikolla. Toisen viikon jälkeen vastauksia ei enää tullut, joten vastaajille lähetettiin vielä muistutusviesti. Uusintaviestin jälkeen saatiin vastauksia lisää, ja kysely lopetettiin, kun vastauksia oli yhteensä 29.



KUVIO 9. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn prosessi

6.4 Kyselytutkimuksen tulokset

Opinnäytetyöhön liittyvä potilasturvallisuuskysely suoritettiin tammikuun ja helmikuun vaihteessa 2011. Kyselyyn oli vastausaikaa kolme viikkoa. Kyselyyn osallistuneita sosiaali- ja terveyspalveluiden esimiehiä oli yhteensä 35, joista 29 vastasi kyselyyn. Kyselyn vastausprosentiksi tuli 83 %. Potilasturvallisuuskulttuuriin ja potilasturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä oli määrällisesti suhteellisen paljon eli 44, ja lisäksi oli taustatietoihin valittu vielä kuusi kysymystä. Viimeisenä kysymyksenä oli vielä avoin kysymys, johon sai kirjoittaa vapaamuotoista palautetta kyselystä ja kyselyyn vastaamisesta. Kysymysten yhteismääräksi tuli 51.

Tutkimuksen taustatekijöihin valittiin ohjausryhmän kanssa yhteensä kuusi kysymystä. Kolmasosan vastaajien ikä oli alle 46 vuotta, ja 2/3 vastaajista sijoittui iältään 46 vuotiaisiin tai sitä vanhempiin. Yksikään vastaajista ei ollut alle 25 vuotta vanha. Kolmasosalla vastaajista oli yli 20 vuoden kokemus terveysalalta. Esimiestyökokemuksen määrää oli melko tasaisesti yli 20 vuodesta alle kolmeen vuoteen. 3–10 vuoden kokemusmäärä esimiestyöstä oli kuitenkin yleisin. Vastaajista 18 koki omaavansa riittävästi osaamista potilasturvallisuuden johtamiseen. Vastaajista 11 koki potilasturvallisuusjohtamisosaamisensa puutteelliseksi. Esimieskoulutuksena suurimmalla osalla oli vanhamuotoinen erikoissairaanhoidajan tutkinto, johon sisältyy hallinnon pätevyys. Vastaajista 8 on sosiaali- ja vammaispalveluiden yksiköiden esimiehiä, 12 työskentelee terveyspalveluiden yksiköiden esimiehinä ja 9 on esimiestyössä vanhuspalveluiden yksiköissä.

Kyselyn tuloksissa (TAULUKKO 1) potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue koettiin olevan kaikista osa-alueista parhaimmalla tasolla. Vastaajista 81 % antoi myönteisen vastauksen tämän osion kysymyksiin. Heikoimman potilasturvallisuuden tason vastaajat kokivat olevan laiteturvallisuuden alueella.

Terveyspalveluiden osalta vahvin alue potilasturvallisuuden kolmelta eri osa-alueelta (lääkehoidon turvallisuus, hoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus) on tulosten mukaan laiteturvallisuus. Heikoimpana alueena puolestaan nousee esille lääkehoidon turvallisuus. Vanhuspalveluissa lääkehoidon turvallisuus on tulosten mukaan vahvin osa-alue. Suurimmat potilasturvallisuuteen liittyvät vajeet vanhuspalveluiden esimiesten mukaan

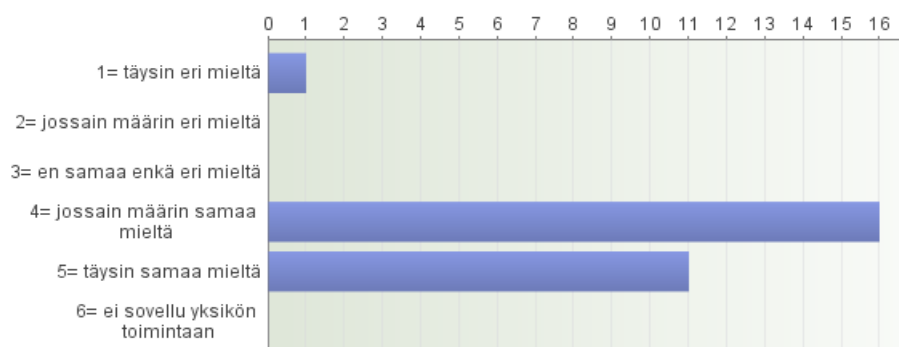
kuuluivat laiteturvallisuuden piiriin. Sosiaali- ja vammaispalveluissa hoidon turvallisuuteen liittyvät asiat koettiin olevan potilasturvallisuuden suhteen parhaimmalla tasolla. Selvästi suurin potilasturvallisuuden vaje heiltäkin löytyi laiteturvallisuuden osa-alueelta.

TAULUKKO 1. Potilasturvallisuuden hyvää tasoa kuvaavat prosenttiosuudet tulosityksiköittäin potilasturvallisuuden eri osa-alueilla

	Sote- palvelut yhteensä	Terveyspalvelut	Vanhuspalvelut	Sos.- ja vammaispalvelut
Potilasturvallisuus kulttuuri	81%	86%	77,8%	77,7%
Lääkehoidon turvallisuus	67,2%	65,3%	70,4%	66,7%
Hoidon turvallisuus	71,6%	71,9%	68%	75%
Laiteturvallisuus	55,2%	75%	66,7%	12,5%

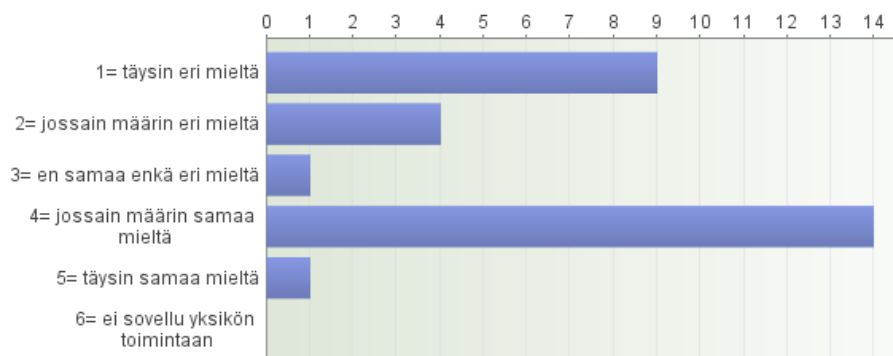
6.4.1 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue

Kysymys 4 poistettiin yhteistuloksista, koska kysymykseen oli vastannut vain 28 osallistujaa. Tähän kysymykseen vastanneista 27 koki kuitenkin ennakoivansa potilasturvallisuusriskejä.



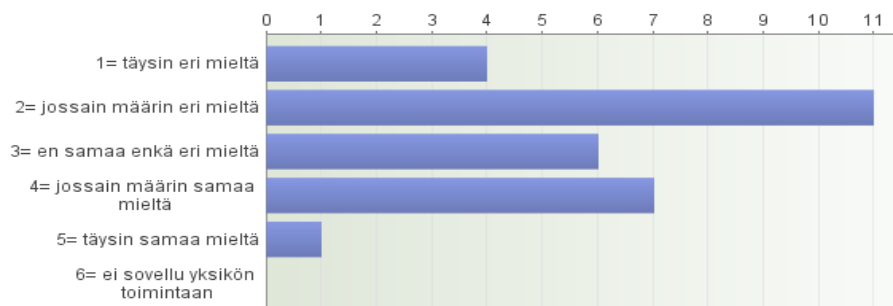
KUVIO 10. Potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakointi (n=28)

Yhteistuloksista poistettiin myös kysymys, jossa tiedusteltiin potilasturvallisuuden puutteiden aiheuttamaa henkistä kuormitusta. Tässä vastaajat jakaantuivat jokseenkin tasan eri mieltä oleviin ja samaa mieltä oleviin. Tämän kysymyksen vastauksissa tulee huomioda se, että kysymyksen voi ymmärtää yleisellä tasolla. Jos vastaajan olisi halunnut pohtimaan yksikön potilasturvallisuuden puutteiden kuormittavuutta, olisi pitänyt muotoilla kysymys toisin.



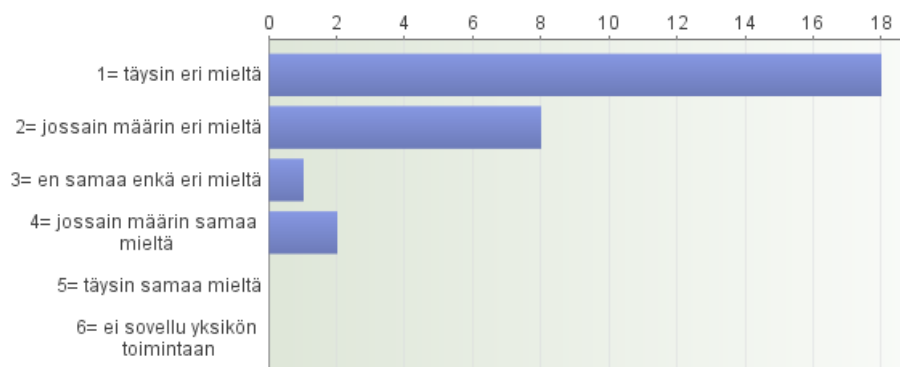
KUVIO 11. Potilasturvallisuuden puutteiden aiheuttama henkinen kuormitus (n= 29)

Selvitettäessä, onko potilasturvallisuuden taso huolestuttanut vastaajia viime aikoina, potilasturvallisuudesta ei ollut huolestunut 51,7 % vastaajista. Hieman alle kolmasosa vastaajista oli huolissaan työyksikkönsä potilasturvallisuuden tasosta, ja loput vastaajista eivät osanneet sanoa mielipidettään. Potilasturvallisuuskulttuuriosion kokonaisvastauksien perusteella voi päätellä, että vastaajat kuitenkin huolestuisivat, jos potilasturvallisuuden taso olisi huono.



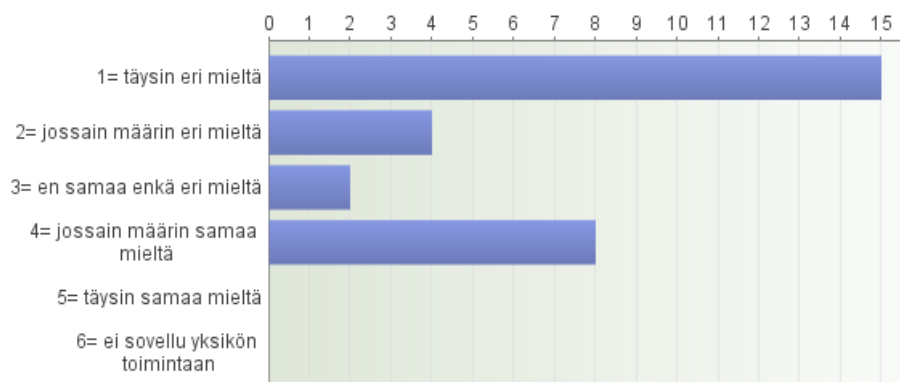
KUVIO 12. Huolestuminen työyksikön potilasturvallisuuden tasosta (n= 29)

Vastaajat eivät mielestäni missään tapauksessa ole välinpitämättömiä potilasturvallisuuden tason suhteen. Tätä väitettä tukevat vastaukset kysymyksiin 1-3, joissa yli 90 % vastaajista kokivat potilasturvallisuuden henkilökohtaisesti tärkeäksi asiaksi ja keskeiseksi työtä ohjaavaksi arvoksi, sekä henkilökohtaisesti tärkeäksi asiaksi. Melkein 90 % vastaajista koki potilasturvallisuuteen liittyvät asiat myös keskeisiksi omassa työssään.



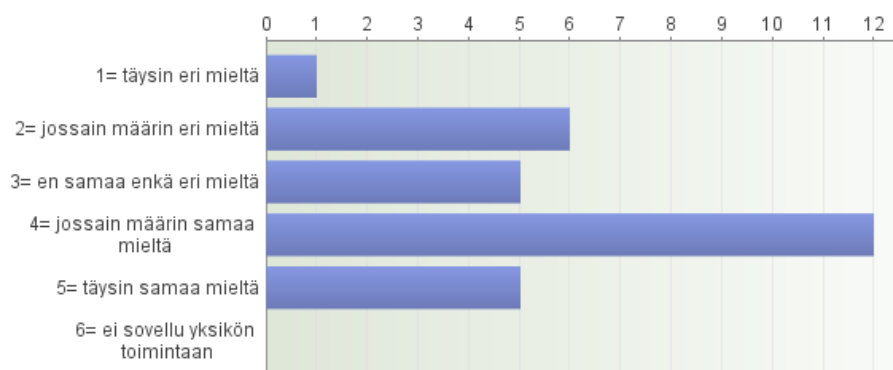
KUVIO 13. Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät ole keskeisiä työssäni (n= 29)

Selvitettäessä työntekijöiden sitoutumista potilasturvallisuuteen noin neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että työyhteisössä on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen.



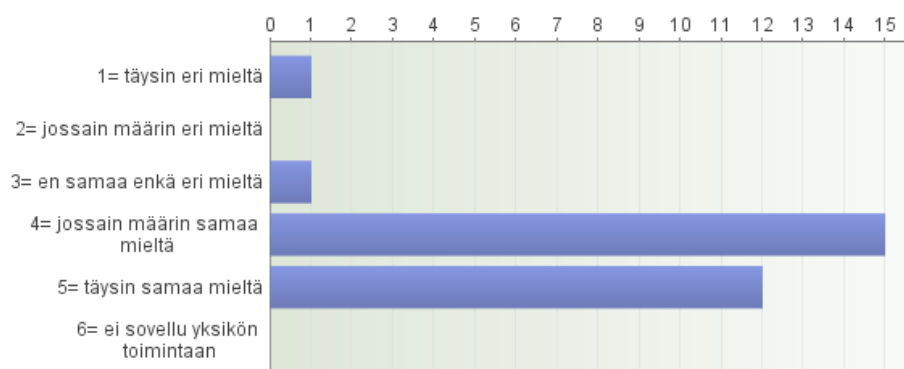
KUVIO 14. Työntekijät eivät ole sitoutuneita potilasturvallisuuteen (n= 29)

Yli 80 % vastaajista ilmoitti, että heidän työyksikössään on käytössä vaara- ja haittapahtumien ilmoitusjärjestelmä (Haipro) ja että työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa työyksikössä. Vain hieman alle 70 % vastaajista oli sitä mieltä, että Haipro- ilmoituksia tarkastellaan säännöllisesti työyhteisön palavereissa. Vastaajista neljäsosan mielestä työyksikössä ei myöskään ole toimivia käytäntöjä vaaratapahtumista oppimiseksi



KUVIO 15. Vaaratapahtumista opitaan (n= 29)

Melkein kaikki vastaajat ilmoittivat antavansa myönteistä palautetta, jos näkevät, että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin. Hieman yli 90 % vastaajista kehittää aktiivisesti toimintaansa parantaakseen työyksikön potilasturvallisuutta.

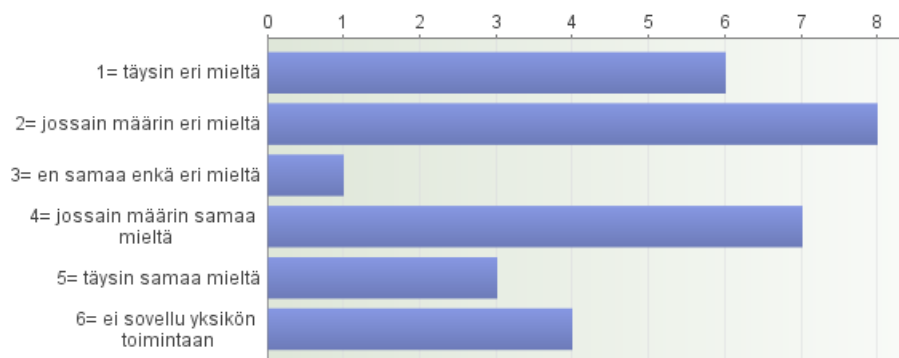


KUVIO 16. Myönteisen palautteen antaminen potilasturvallisesta työstä (n= 29)

6.4.2 Lääkehoidon turvallisuus

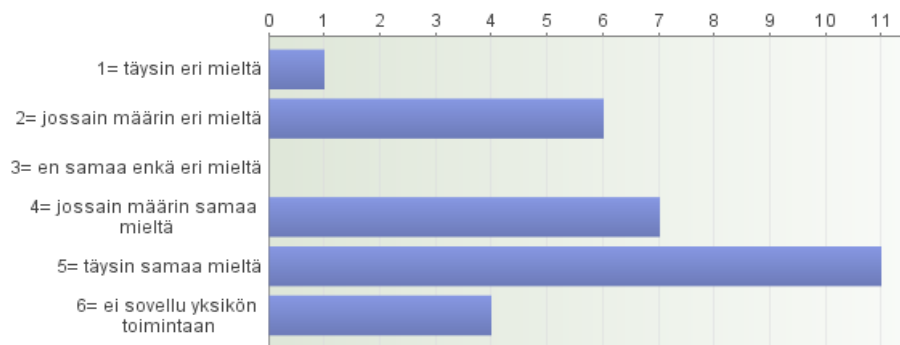
Lääkehoidon turvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä vastaajista 3–4 ilmoitti kaikkiin kysymyksiin, että kysymys ei sovellu yksikön toimintaan. Jokaisessa yksikössä, jossa ollaan tekemisissä lääkehoidon kanssa, tulee olla ohjeistukset lääkehoidon toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaisesti. Turvallinen lääkehoito-oppaan ohjeistus kattaa myös yksiköt, joissa lääkehoidon toteuttaminen ei ole yksikön varsinaiseen perustehtävään kuuluvaa toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 2006, 11.)

Vain hieman yli puolet vastaajista ilmoitti, että yksikössä on lääkehoidon suunnitelma. Noin kolmasosa vastaajista oli kuitenkin huolissaan työyksikössä tapahtuvista potilasturvallisuutta vaarantavista lääkepoikkeamista. Potilasturvallisuutta vaarantavista lääkityspoikkeamista oltiin selvästi eniten huolissaan terveystalouksien ja vanhustalouksien yksiköissä.



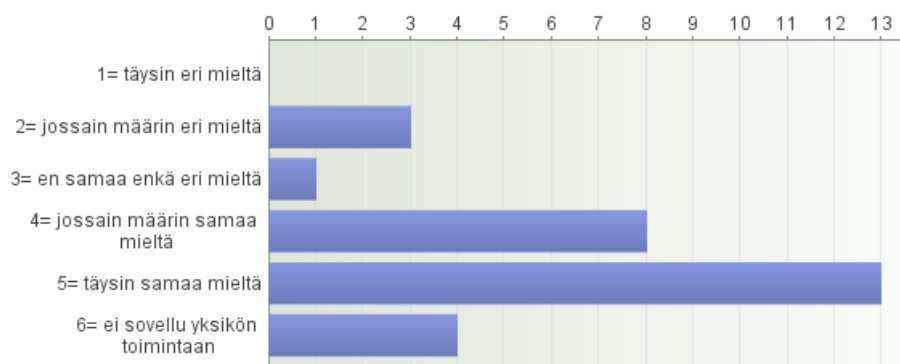
KUVIO 17. Huolestuminen potilasturvallisuutta vaarantavista lääkepoikkeamista (n= 29)

Vastaajista noin neljäsosa oli erimieltä siitä, että työyksikössä tehdään aina ilmoitus lääkityspoikkeamasta.



KUVIO 18. Lääkityspoikkeamailmoituksen tekeminen (n= 29).

Yli 80 % vastaajista on tehnyt toimenpiteitä lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi. 80 % vastaajista on myös huolehtinut, että työyksikön henkilökunnan lääkehoidon osaaminen on ajantasainen. Hieman yli 70 % vastaajista on sitä mieltä, että työyksikön henkilökunnalla on riittävästi osaamista lääkehoidon toteuttamiseksi.

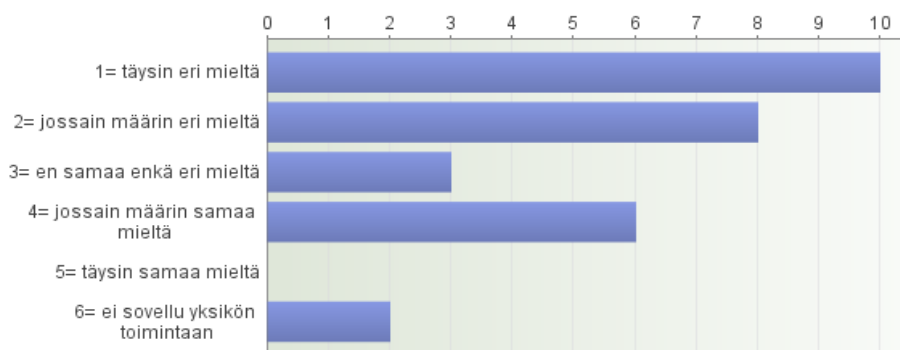


KUVIO 19. Ammattitaidon riittävyys lääkehoidon toteuttamiseksi (n= 29)

6.4.3 Hoidon turvallisuus

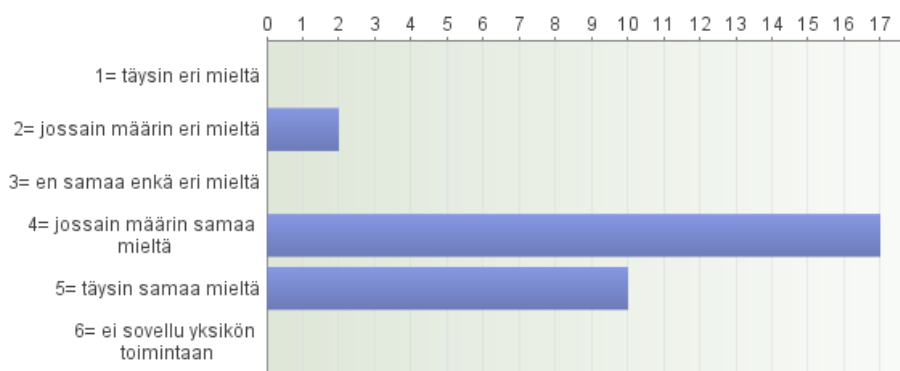
Noin 90 % vastaajista ilmoitti, että työyksikön henkilökunnalla on riittävästi ammattitaitoa turvallisen hoidon toteuttamiseksi. Turvallisen hoidon toteuttamiseksi tarvittavan riittävän ammattitaidon koki puutteelliseksi enimmäkseen vanhuspalveluiden esimiehet. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työyksikössä ei ole riittävästi henkilökun-

taa työmäärästä selviytymiseksi. Myönteisimmin henkilöstön lukumäärään suhtautuvat sosiaali- ja vammaispalveluiden esimiehet. Yli 60 % vastaajista oli huolissaan työyksikön potilasturvallisuudesta hoitotyön osalta.



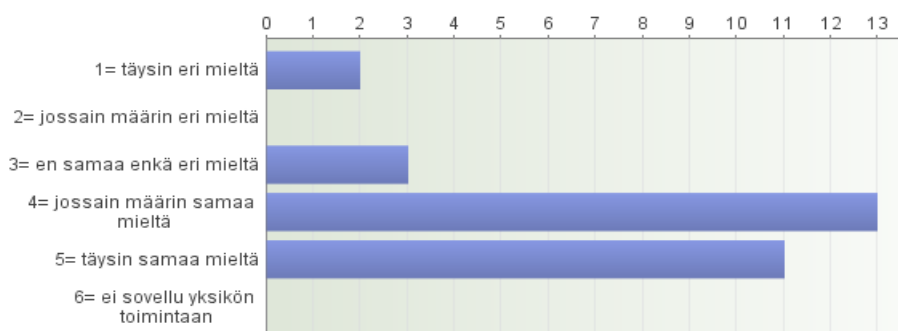
KUVIO 20. Huolestuminen potilasturvallisuudesta hoitotyön osalta (n= 29)

Selvitettäessä, toteutuuko työyksikössä suunnitelmallinen perehdytys, vastaajista noin 20 %:n mielestä se ei toteudu. Vain hieman yli puolet vastaajista ilmoitti, että fyysinen työympäristö takaa potilasturvallisen hoidon. Melkein kaikki vastaajista kokivat, että työyksikön käytännöt mahdollistavat potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa.



KUVIO 21. Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa (n= 29)

Neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä. Vastaajista yli 80 % oli sitä mieltä, että työyksikössä opitaan virheistä.

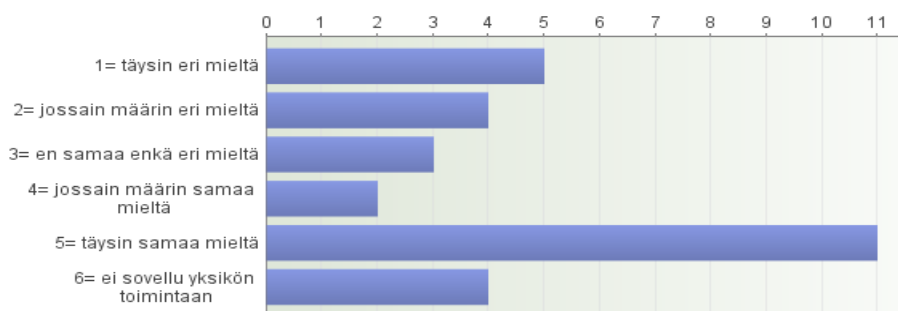


KUVIO 22. Virheistä opitaan (n= 29)

6.4.4 Laiteturvallisuus

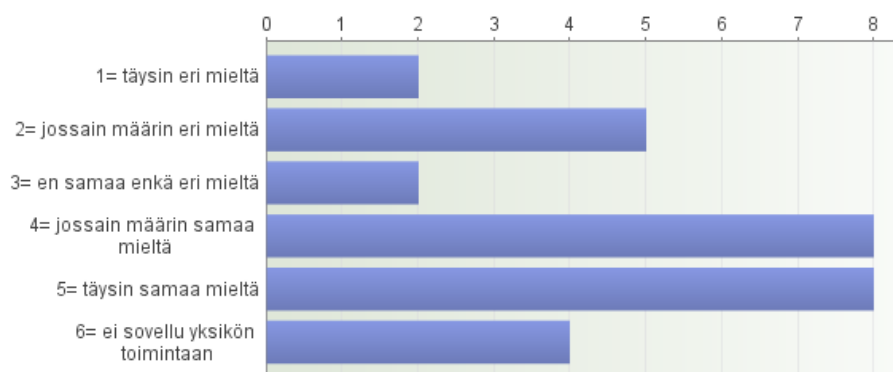
Laiteturvallisuuden kysymyksissä oli muihin potilasturvallisuuden osa- alueisiin verrattuna eniten vastaajia, joiden mielestä kysymys ei sovellu yksikön toimintaan (kysymyksestä riippuen 4–8 vastaajaa).

Vastaajista 80 % oli sitä mieltä, että työyksikön tekniset laitteet ja apuvälineet takaavat potilasturvallisen hoidon. Hieman alle 50 % vastaajista ilmoitti, että työyksikössä on ajantasainen laiterekisteri.



KUVIO 23. Ajantasainen laiterekisteri (n= 29)

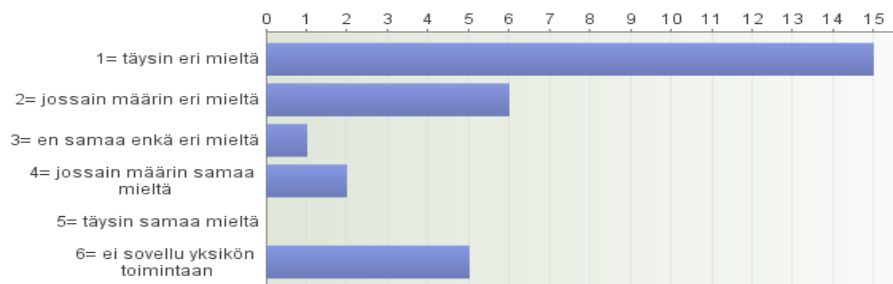
Yli puolet vastaajista koki tuntevansa ”lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista” keskeisen sisällön. Vajaa 60 % vastaajista ilmoitti, että työyksikössä on määritelty vastuhenkilöt, jotka huolehtivat teknisten laitteiden ja apuvälineiden huolloista ja kalibroinneista. Hieman yli puolet vastaajista kokivat, että huollot ja kalibroinnit toteutuvat määräysten mukaisesti.



KUVIO 24. Huoltojen ja kalibrointien toteutuminen (n= 29)

Vastaajista alle 50 % ilmoitti, että laitteiden ja apuvälineiden yksilöinti toteutuu työyksikössä. Potilasasiakirjoihin merkitään laitteen tunnistenumero laitetta käytettäessä vain 28 % vastaajien mielestä. Hieman yli puolet vastaajista ilmoitti, että työyksikössä on nimetty laitevastaava.

Vaaratapahtumien määrästä tai vakavuudesta laiteturvallisuuteen liittyen oli huolissaan kuitenkin vain 7 % vastaajista.



KUVIO 25. Huolestuminen laiteturvallisuuteen liittyvistä vaaratapahtumista (n= 29)

6.4.5 Avoimien kysymyksien vastausten yhteenveto

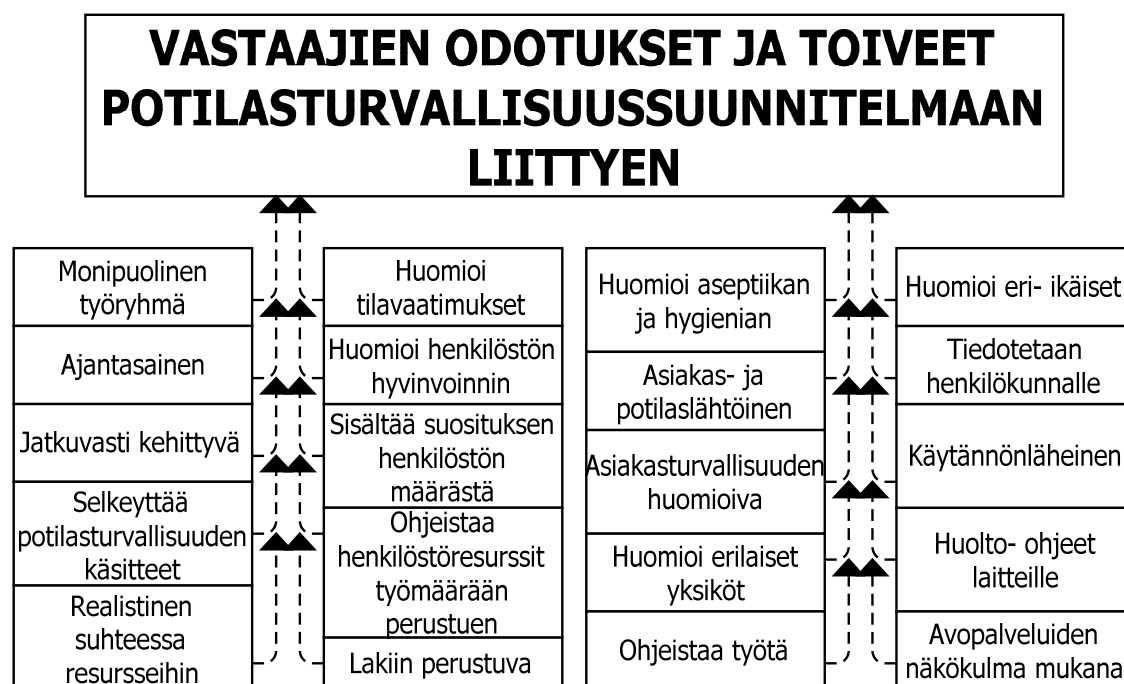
Avoimet vastaukset jaoteltiin karkeasti sisällön analyysin avulla vastauksista esiin nousseisiin potilasturvallisuuden osa- alueisiin. Alla olevassa taulukosta (TAULUKKO 2) voi todeta, millä luokitelluilla alueilla koetaan tarvetta potilasturvallisuuden kehittämiseen. Eniten annettiin kehitysideoita, jotka liittyivät lääkeytykseen, ammattitaitoon, henkilöstöresursseihin ja koulutukseen.

TAULUKKO 2. Avointen vastausten määrät ja niiden luokittelu eri osa- alueisiin

LUOKITUS	VASTAUSTEN MÄÄRÄ
LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS	
KOULUTUS	6
HAIPRO	4
HLÖ RESURSSIT	2
LÄÄKITYS	12
YHTEISTYÖ	1
OHJEISTUS	3
VIRHEISTÄ OPPIMINEN	1
HOIDON TURVALLISUUS	
AMMATTITAITO	8
HOITOMENETELMÄT	1
DOKUMENTOINTI	3
YHTEISTYÖ	3
POTILAAN/ ASIAKKAAN OSALLISTUMINEN	4
HLÖ RESURSSIT	8
TYÖYMPÄRISTÖ	4
RISKIEN TUNNISTAMINEN	1
LAITETURVALLISUUS	
HUOLTO	4
VASTUU	2
JÄLJITETTÄVYYS	4
LAITEREKISTERI	1
TOIMIVUUS	3
KÄYTTÖOSAAMINEN	2

Avoimessa kysymyksessä 43 haluttiin kerätä vastaajilta ideoita potilasturvallisuussuunnitelmaa varten (KUVIO 26). Vastaajat olivat innokkaasti kertoneet, mitä asioita halu-

aisivat huomioitavan, kun potilasturvallisuussuunnitelmaa tehdään ja millaisia asioita haluaisivat valmiista suunnitelmasta löytyvän.



KUVIO 26. Odotukset potilasturvallisuussuunnitelmasta

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä 44 kartoitettiin, millaiset asiat tällä hetkellä heikentävät sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuutta (KUVIO 27). Vastaukset antavat suuntaa potilasturvallisuuden kehittämistyöhön, ja niistä nousee esille joitakin konkreettisia asioita, jotka on myös mainittu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksesta potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä.



KUVIO 27. Ratkaisua vaativat potilasturvallisuutta heikentävät asiat

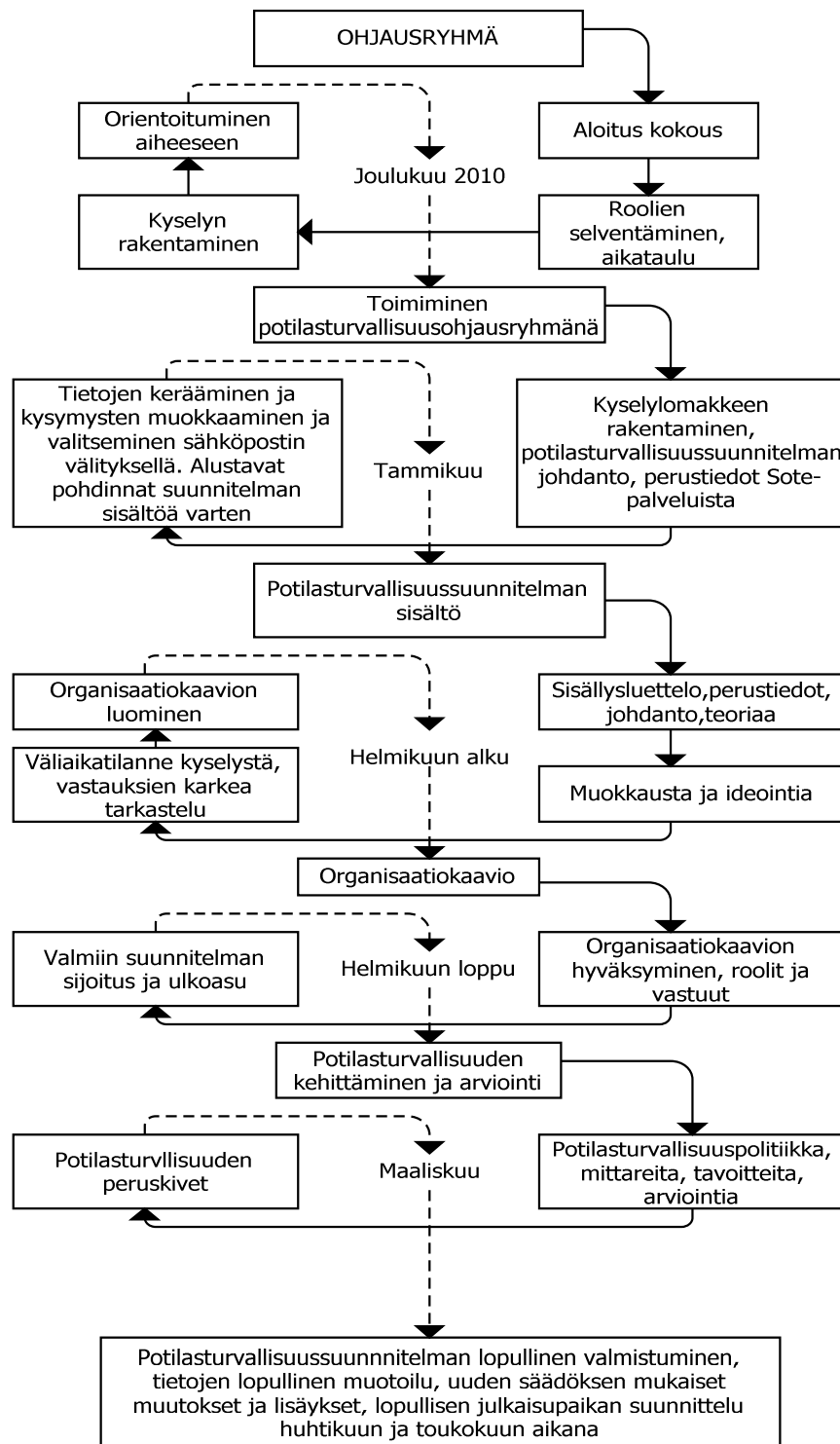
6.5 Potilasturvallisuussuunnitelman rakentuminen

Potilasturvallisuuskyselyn tulosten lisäksi potilasturvallisuussuunnitelman pohjana käytettiin Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelmaa. Siitä benchmarking-idea toteuttamalla muutettiin suunnitelman osioita meidän toimintaympäristöön soveltuvaksi. Hoitotyön johtajalla oli myös potilasturvallisuuden alustava runko hahmoteltuna, josta oli myös suuri hyöty suunnitelman tekemisessä.

Suunnitelmaa työstettiin ohjausryhmän kokouksissa, joissa aina hyväksyttiin edellisessä kokouksessa tehdyt muutokset ja päätökset. Opinnäytetyön tekijä teki kaikki kirjalliset tuotokset suunnitelmaan, joihin oli jokaisella mahdollisuus kokouksissa tuoda omat näkemyksensä. Potilaan näkökulmaa korostettiin aina jokaisessa tapaamisessa. Kokouksiin eivät aina kaikki ohjausryhmän jäsenet päässeet, mutta eteenpäin päästiin kuitenkin jokaisen kokouksen jälkeen. Yksi kokous jouduttiin perumaan, koska se oli

suunniteltu liian lähelle edellistä kokousta, joten välityöskentelyyn ei ollut riittävästi aikaa.

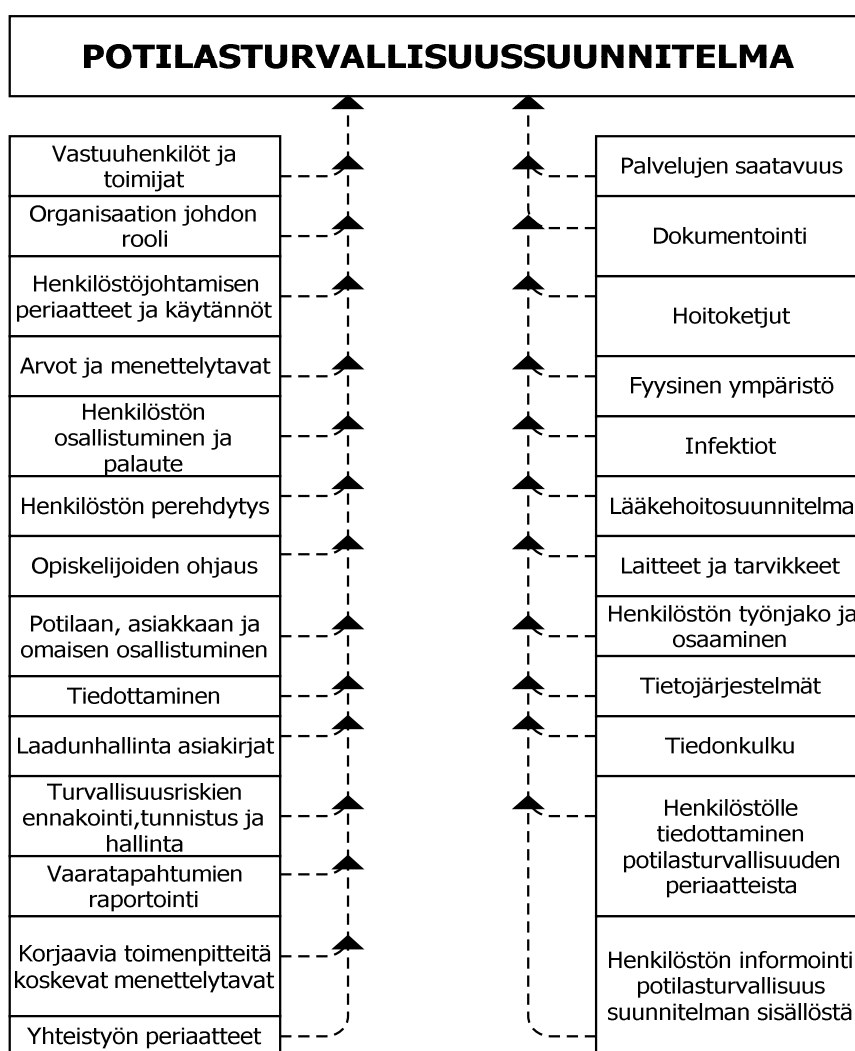
Ohjausryhmän jäsenet keskustelivat kokouksissa potilasturvallisuudesta innokkaasti, ja kaikki tuntuivat olevan kiinnostuneita aiheesta, ja potilasturvallisuuden kehittäminen koettiin erittäin tärkeäksi asiaksi jokaisella tulosalueella. Potilasturvallisuusajattelu oli kaikille jäsenille melko uusi asia, joten oman potilasturvallisuustietämyksen ja potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen sai hyvän alun prosessin aikana. Kaikki ymmärsivät, että potilasturvallisuuskulttuurin luominen työyhteisöön on haastavaa ja vie pitkän ajan. Esimiesten rooli on keskeinen, jotta potilasturvallisuusajattelu saadaan ankkuroitua toiminnan ytimeen.



KUVIO 28. Potilasturvallisuussuunnitelman prosessi

Potilasturvallisuussuunnitelman sisältö määräytyy sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (KUVIO 29).

Asetuksessa on yksityiskohtaiset ohjeet, mitä asioita suunnitelman tulee sisältää ja minkälaisiin potilasturvallisuuden osatekijöihin tulee organisaatioilla olla menettelytavat ja ohjeistukset. Avoimen kysymyksen toiveet ja odotukset potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä ovat pääsääntöisesti hyvin linjassa asetuksen kanssa. Joitakin yksityiskohtaisia toiveita avoimissa kysymyksissä ei pystytä potilasturvallisuussuunnitelman sisällössä ottamaan huomioon. Näitä ovat esimerkiksi suositukset henkilöstön määrästä sekä eri-ikäisten asiakkaiden ja potilaiden huomioiminen. Yksityiskohtaisemmat ohjeistukset tulee tehdä yksikötasolla resursseihin, lakeihin ja suosituksiin perustuen, jotta potilasturvallisuus toteutuu.



KUVIO 29. Asiat, joiden täytäntöönpanosta on sovittava potilasturvallisuussuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011)

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka

Eettisesti hyväksyttävän tutkimuksen jokaisessa vaiheessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sovittuja pelisääntöjä ja niiden noudattamista suhteessa tutkimuskohteeseen, kollegoihin, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tehdyssä tutkimuksessa on käytetty eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tutkijan tulee perustaa tiedonhankintansa oman alansa tieteelliseen kirjallisuuteen tuntemukseen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, riittäviin laboratoriokokeisiin, havaintoihin ja oman tutkimuksen analysointiin. Tutkimustulosten tulee täyttää tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset ja tutkijan tulee näyttää hallitsevansa tiedonhankintamenetelmät ja tutkimusmenetelmän. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös vilpittömyyttä ja rehellistä toimintaa muita tutkijoita kohtaan. Tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden tuotoksia ja merkitä selkein lähdeviittein, jos on muiden tutkijoiden tuloksia tai aikaansaannoksia hyödyntänyt omassa työssään. (Vilka 2005, 29-31.)

Tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Samakin näkökulma saattaa tuottaa ristiriitaisia tuloksia erilaista tutkimusmenetelmää käytettäessä. Kirjallisuuden valinnassa tarvitaan harkintaa ja lähdekritiikkiä. Tutkijan on pyrittävä kriittisyyteen sekä lähteitä valitessaan että niitä tutkiessaan. Ennen materiaalin lukemista on hyvä kiinnittää huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen, lähteen ikään ja alkuperään, lähteen uskottavuuteen sekä totuudellisuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 108-109.)

Opinnäytetyön eri vaiheissa on käytetty eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä. Tietoperustan tiedot on etsitty potilasturvallisuuden parissa työskennelleiden asiantuntijoiden tekemistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta, sekä potilasturvallisuuden kehittämässä mukana olevien tahojen internetsivustoilta. Muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta melkein kaikki tässä opinnäytetyön tietoperustassa käytetystä materiaalista on löydettävissä lähdeluetteloon merkityillä hakusanoilla internetistä. Opinnäytetyöraport-

tiin kirjoitettuun tekstiin on liitetty myös tarkat viitetiedot siitä, kenen muodostamaan tietoon mikäkin osa tekstistä kuuluu. Tietoperustassa käytetty materiaali on myös mahdollisimman uutta potilasturvallisuuteen liittyvää asiaa sisältävää tietoa. Pro gradujen ja väitöskirjojen lisäksi on teorian muodostuksessa käytetty apuna myös ylemmän ammatikorkeakouluopintojen opinnäytetöitä.

Mittauksen luotettavuutta arvioitaessa erotetaan kaksi keskeistä asiaa eli validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, mitataanko sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti puolestaan kertoo, miten tarkasti mitataan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ehdottomasti tärkeämpi. Jos ei mitata oikeita asioita, ei reliabiliteetillä ole mitään merkitystä. (Vehkalahti 2008, 40-41.) Kysymysten muoto aiheuttaa yleensä eniten virheitä tutkimustuloksiin. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, ja vastaajien tulee ajatella samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa. Tutkimuskysymykset tulee rakentaa tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Tutkimusongelmat tulee täsmentää ennen aineistonkeruuta, jotta tiedetään, mitä aineiston keruulla pyritään löytämään. (Valli 2001, 100.)

Tutkimuksen potilasturvallisuuskulttuurin tasoa kartoittavat kysymykset olen valinnut Pietikäisen ym. tekemästä uudistetusta potilasturvallisuuskulttuurikyselyn kysymyspatteristosta, joka sisälsi alkujaan 74 kysymystä. Kysymyksiä on testattu Vaasan sairaanhoitopiirin alueella, ja ne on kehitetty Pietikäisen ym. vuonna 2008 valmistuneen potilasturvallisuuskulttuuritutkimuksen tulosten pohjalta. Pietikäisen ym. yhtenä tavoitteena on muodostaa kysymyspatteristo, jota voidaan käyttää kansallisesti potilasturvallisuuskulttuurin kartoittamiseen.

Potilasturvallisuuskulttuurin osiossa oli yksi kysymys, joka poistettiin yhteistuloksista. Kysymyksessä tiedusteltiin potilasturvallisuuden puutteiden aiheuttamaa mahdollista henkistä kärsimystä. Kysymyksen muotoilussa olisi pitänyt tehdä vielä tarkennusta, jotta vastaajat olisivat ymmärtäneet kysymyksen yhteneväisesti.

Kehittämistoimintaan liittyvissä opinnäytetoissa on useita luotettavuuteen liittyviä ongelmia. Esimerkiksi sosiaalisten prosessien toistettavuus on hankalaa. Samanlaisten ryhmäprosessien aikaansaaminen toisella ryhmällä on myös haastavaa, vaikka olosuh-

teet olisivat samanlaiset. Kehittämistoimintaan liittyvät kyselylomakkeet on usein tehty melko nopeasti, jolloin mittarin reliabiliteetti heikentyy. Kehittämistoiminnan aineistot jäävät yleensä myös melko suppeiksi. Kehittämistoiminnassa myös toimijoiden sitoutuneisuus on tärkeää luotettavuutta arvioitaessa. Kehittämistyöhön osallistuvien sitoutuminen vaikuttaa metodin, aineiston ja tuotosten luotettavuuteen. On tärkeää tunnistaa ne prosessin vaiheet, joissa toimijoiden osallistuminen kehittämiseen ei ollut aktiivista. Sitoutumattomuus heikentää kehittämistyyppisen opinnäytetyön tulosten luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 123-124.)

Kyselylomakkeen muiden osioiden kysymykset on mietitty yhdessä ohjausryhmän kanssa, ja kysyttävät asiat on nostettu esiin opinnäytetyön tietoperustasta. Ohjausryhmällä oli mielestäni laaja kokemus oman toimialansa potilasturvallisuuteen sisältyvistä asioista, mikä tukee näiden kysymysten luotettavuutta. Saimme mielestäni oleellisia asioita kysyttyä hoidon, lääkehoidon ja laiteturvallisuuden alueilta.

”Erittäin monipuolinen ja eri osa- alueet kattava”

”Tärkeitä asioita, joihin toivon todella oikeita ratkaisuja ja tekoja, jotka eivät jäisi vain puheen tasolle”

Kysymysten valinnassa ja karsinnassa olen hyödyntänyt oman pohdinnan lisäksi myös ohjausryhmän ajatuksia siitä, mikä on oleellista kysyä ja mikä vähemmän oleellista kysyä esimiehiltä. Valinnoissa olemme pohtineet mitkä kysymyksistä ovat sellaisia, joihin esimies voi vastata.

”Järkevä kysely, auttaa varmaan potilasturvallisuussuunnitelman laadinnassa kun esimiesten näkemys nykytilasta on selvillä”

Kyselylomakkeen rakennusvaiheessa tavoitteena oli myös vähentää reilusti kysyttävien kysymysten määrää. Yhtenä tehtävänä oli myös pohtia, miten kysymykset soveltuvat moniulotteisen sosiaali- ja terveystoimen eri yksikköihin. Kaikissa yksiköissä esimerkiksi lääkehoidon toteuttaminen ei kuulu varsinaiseen toimintaan, ja monessa yksikössä myöskään terveydenhuollon laitteiden merkitys ei korostu.

”Helppo vastata vaikka kaikki kohdat eivät omaan yksikköön soveltuneet”

Kyselylomakkeen laadinnassa tulee kiinnittää huomiota lomakkeen pituuteen ja kysymysten määrään. Jos lomake on liian pitkä, vastaajat voivat vastata huolimattomasti tai jättää kokonaan vastaamatta. Aiheen mukaan yli viiden sivun mitta on yleensä liikaa. Laadinnassa tulee myös huomioida lomakkeen selkeys, ulkoasu, kysymysten loogiseen etenemiseen ja vastausohjeet. Laadintavaiheessa tulee myös miettiä, miten vastauksia analysoidaan. Yleensä helpot kysymykset kannattaa laittaa lomakkeen alkuun ja arkaluontoisemmat sijoitetaan loppuun. Johdattelevia kysymyksiä tulee välttää ja mahdolliset kontrollikysymykset tulee muotoilla niin, että vastaaja ei niitä huomaa. (Valli 2001, 100-101.)

Tässä opinnäytetyössä käytetty kyselylomake oli suhteellisen pitkä. Lomakkeen alkupuolella oli kysymyksiä, joilla kartoitettiin yleisesti potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviä asioita, joihin vastaaminen oli kuitenkin suhteellisen helppoa. Alkuosassa ei myöskään ollut avoimia kysymyksiä, koska niihin vastaaminen yleensä vaatii enemmän ponnisteluja. Lomakkeen keskimmäiseen osioon kuuluvilla kysymyksillä haluttiin jo tarkempaa tietoa potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja niiden toteutumista. Tässä osiossa oli mukana myös avoimia kysymyksiä, jotka vaativat jo enemmän vastaamiseen keskittymistä. Taustatiedot oli sijoitettu lomakkeen loppuun, koska lomakkeen pituuden takia vastaajien oletettiin olevan jo väsyneitä vastaamiseen. Vain yksi vastaaja oli kokenut kyselylomakkeen liian pitkäksi.

”Paljon kysymyksiä, vastaukset tulivat ehkä heittämällä”

Lomakkeen rakenne oli mielestäni kuitenkin onnistunut, koska vastausprosentti oli hyvä ja suurin osa vastaajista jaksoi tuoda mielipiteitään esille myös avoimissa kysymyksissä. Vastaamisen innokkuutta mielestäni lisäsi osaltaan myös aiheen kiinnostavuus ja tärkeys. Tätä vahvistaa myös se, että yli puolet vastaajista oli antanut palautetta myös kyselystä ja kyselyyn vastaamisesta.

”Hyvä kysely, selkeä ja helppo vastata”

”Tärkeä asia, hyvä että tutkitaan ja kehitetään”

”Mukava kun ei ole paljon avoimia kysymyksiä, vaan voi laittaa rasti ruutuun”

Ohjausryhmän jäsenistä myös osa vastasi kyselyyn, joten heillä oli todennäköisesti enemmän tietoa potilasturvallisuudesta, kuin muilla vastaajilla. Mielestäni tällä ei ole kuitenkaan negatiivista merkitystä opinnäytetyön luotettavuuteen, vaan pikemminkin koen asian positiiviseksi, koska koko opinnäytetyön tavoitteena oli potilasturvallisuusajattelun kehittäminen. Pienet muutokset yksilötasolla mahdollistavat koko organisaatiotasolle leviävän potilasturvallisuuskulttuurin kehittymisen.

”Näiden kysymysten pohjalta terästäytyy paneutumaan kysyttyihin asioihin omassa työyhteisössään”

”Hyvä kun kysytään ja sitä kautta voidaan kartoittaa tilanne ja aloittaa parannustyö”

7.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava, ja sen myötä on päässyt harjoittamaan ja soveltamaan ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen myötä saatuja tietoja sekä taitoja. Opinnäytetyön kautta on mahdollisuus sekä näyttää että havainnoida oman osaamisen ja oppimisen tasoa eri osa-alueilta. Opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa on pitänyt muistaa kriittinen suhtautuminen erilaisiin tietolähteisiin ja oivaltaa, mistä löytyy paras ja ajantasaisin tieto opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Uuteen aiheeseen tutustuminen on vaatinut paljon aikaa ja ajatusmaailman prosessointia, jotta uudet käsitteet sekä asiakokonaisuudet on pystynyt omaksumaan.

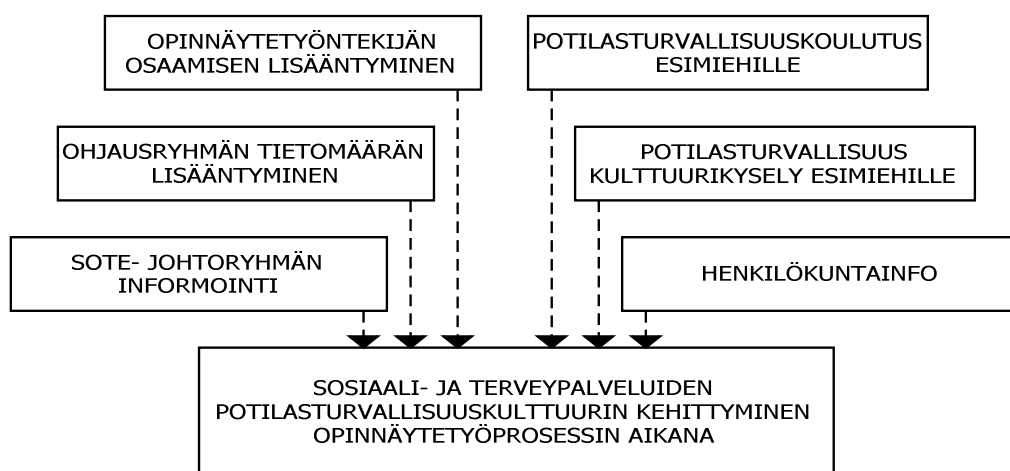
Opinnäytetyöprosessin aikana tehdään paljon yhteistyötä oman normaalin työnkuvan ulkopuolella työskentelevien henkilöiden ja toimijoiden kanssa. Prosessin aikana tarvitaan myös monenlaisia sosiaalisia perustaitoja, joiden tason arviointi ja puutteiden havaitseminen antaa mahdollisuuden myös näiden taitojen kehittämiseksi. Opinnäytetyö vaatii pitkäjänteistä keskittymistä ja sitkeyttä, jotta välillä ylitsepääsemättömältäkin

tuntuvat ongelmat ja esteet pystyy ylittämään, ja työn tekeminen edistyy suunnitelman mukaisesti. Tämä on kehittänyt organisointikykyä ja priorisointitaitoja.

Oman elämän suunnittelu ja rajallisten aikaresurssien optimaalinen hyödyntäminen opinnäytetyötä ajatellen on myös ollut haasteellista. Prosessin myötä on myös päässyt tutustumaan omiin rajoihinsa ja tiedostamaan omat vahvuutensa ja heikkoutensa ajoittain henkisen ja fyysisen kuormituksen kasvaessa huippuunsa.

Opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa on paljon tekijöitä, joiden myötä opinnäytetyön prosessi ei etene suunnitelmien mukaisesti. Tämän opinnäytetyön etenemistä hidasti alkuperäisen aiheen vaihtuminen täysin uuteen. Opinnäytetyön tekemistä olisi helpottanut opintovapaan hyödyntäminen, mutta siihen ei tekijällä ollut kuitenkaan mahdollisuutta tässä elämäntilanteessa. Energiaa opinnäytetyön tekemiseltä vei lisäksi työpaikan vaihtumiseen liittyvä muutoskuormitus.

Kokkolan sosiaali- ja terveystalouden potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen (KUVIO 30) on mielestäni alkanut opinnäytetyöprosessin aloituksen myötä. Opinnäytetyön eri vaiheiden kautta on tieto potilasturvallisuudesta ja potilasturvallisuuskulttuurista levinnyt esimiesten kautta sosiaali- ja terveystalouden eri yksiköihin. Suuri merkitys jatkossa potilasturvallisuuden kehityksessä on sillä, miten potilasturvallisuussuunnitelmassa määritellyt vastuuhenkilöt saavat potilasturvallisuusajattelun integroitua henkilöstön päivittäiseen toimintaan.



KUVIO 30. Sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana

Oman oppimisen kannalta opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden läpikäyminen kokosi koko opintojen aikana saadut tiedot ja taidot, sekä kehittämisen ja johtamisen opit. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnot ovat toimineet opinnäytetyön prosessin ”tietoperustana”, josta on löytänyt usein yhtymäkohtia opinnäytetyöprosessin eri vaiheisiin ja tarpeisiin. Vuorovaikutustaitoja vaativissa tilanteissa, tiedonkeruuvaiheessa, sekä ohjausryhmän kokoontumisiin liittyvissä tehtävissä on pystynyt hyödyntämään myös opintojen aikana käytetyn Problem Based Learning-metodin kautta opittuja taitoja.

Sosiaali- ja terveystoimen kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman kompetenssi ja osaamiskuvaukset sisältävät vaatimukset tutkimus-, kehittämis- ja johtamisosaamisesta (Opetussuunnitelma 2008-2010,6). Nämä ovat mielestäni toteutuneet myös tämän opinnäytetyön prosessin aikana. Opinnäytetyön tekijä on johtanut opinnäytetyöprosessia, ja vienyt sitä eteenpäin yhteistyössä prosessiin liittyvien henkilöiden kanssa. Teoreettisessa viitekehyksessä on integroituna turvallisuusjohtamisen näkökulma ja potilasturvallisuuden kehittämisessä ja toetutumisessa painottuu esimiesten osallistumisen tärkeys. Tutkimuksellinen osuus tulee hyvin esille toimintatutkimuksellisen lähestymistavan myötä, ja kyselytutkimukseen liittyvän osuuden kautta. Kehittämisen osuus näkyy valmistuneen potilasturvallisuussuunnitelman muodossa (LIITE 3) ja sosiaali- ja terveystoimen yksittäisten henkilöiden potilasturvallisuusajattelun kehittymisenä. Toikon ja

Rantasen (2009, 11) mielestä kehittämistoiminnan tutkimuksellisuus edistää tulosten käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä, ja tuo kehittämistoiminnalle lisäarvoa.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Potilasturvallisuuden kehittäminen on suhteellisen uusi asia Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa. Potilasturvallisuuden kehittämistyötä on tehty vasta muutamia vuosia, ja kansallisella tasolla potilasturvallisuussuunnitelmien tekeminen on alkuvaiheessa. Suomessa on kuitenkin hyvät edellytykset potilasturvallisuuden kehittämiseksi, minkä mahdollistaa potilasturvallisuuden, ja sen kehittämisen nostaminen kansallisesti tärkeäksi asiaksi. Potilasturvallisuuden kehittämistä ohjaa lainsäädäntö, sekä kansallinen potilasturvallisuusstrategia. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys tekee myös määrätietoista potilasturvallisuuden kehittämistyötä potilasturvallisuuden parissa pitkään työskennelleiden ammattilaisten johdolla.

Potilasturvallisuuden kehittämistyötä tukevat Suomalaisten potilasturvallisuusosaajien lisäksi kansalliset potilasturvallisuuskonferenssit, joista ensimmäinen järjestettiin tammikuussa 2009. Seuraava kansallinen potilasturvallisuuskonferenssi pidetään syyskuussa 2011. Potilasturvallisuustutkimuksen alueen kehittämiseksi pidettiin tammikuussa 2011 Kuopiossa potilasturvallisuustutkimuksen päivät, joiden päätteeksi todettiin selkeästi tarvetta uusille potilasturvallisuustutkimuksen päiville.

Potilasturvallisuuden kehittäminen on selvästi potilaslähtöistä työtä, jossa kehittämisen tavoitteena on potilaan ja asiakkaan turvallisen hoidon toteutuminen. Potilasturvallisuutta parantamalla vähenevät hoidosta potilaalle ja asiakkaalle aiheutuneet haitat sekä vaaratapahtumat. Potilasturvallisuussuunnitelma toimii tärkeänä yhteisenä ohjeistuksena, jonka myötä organisaatio pystyy toimimaan järjestelmällisesti ja tavoitteellisesti potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilasturvallisuuden kehittäminen on jokaisen työntekijän vastuulla ja potilasturvallisuuden toteutumisesta ovat vastuussa esimiehet ja organisaation johto.

Potilasturvallisuuden kehittämiseen tulee varata riittävät resurssit, ja potilasturvallisuuden kehittämisestä vastuussa olevat henkilöt ja tahot tulee selkeästi määritellä. Potilasturvallisuuden kehittäminen ja toteuttaminen tulee sisältyä päivittäiseen asiakas- ja potilaslähtöiseen työhön. Potilasturvallisuuden puutteet tulee havaita, ja samojen virheiden toistuminen ehkäistään vaaratapahtumien raportoinnin myötä ja niistä nousseiden kehittämistoimenpiteiden toteuttamisen kautta. Vaaratapahtumien käsittely tulee olla avointa, ja sitä tulee tehdä syyllistämättä. Potilasturvallisuuden kehittämisessä tulee huomioida laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Potilasturvallisuuskulttuuriajattelu pitää saada sisällytettyä jokaisen työntekijän toimintaan ja arvomaailmaan, ja sitä tulee kehittää järjestelmällisesti. Potilasturvallisuuden kehittämistyöhön tulee ottaa mukaan myös potilaat ja asiakkaat.

Tämän opinnäytetyön aikana valmistunut Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuussuunnitelma ohjaa tulevaisuudessa Kokkolan sosiaali- ja terveystoimialan työyksiköissä potilasturvallista työtä ja edistää potilasturvallisuuden toteutumista.

Vastaukset tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen on Kokkolan sosiaali- ja terveystoimialan potilasturvallisuus esimiesten arvioimana?

Tässä opinnäytetyössä potilasturvallisuus oli jaettu neljään osa-alueeseen: potilasturvallisuuskulttuuriin, lääkehoidon turvallisuuteen, hoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen. Sosiaali- ja terveystoimen esimiehistä 69 % suhtautui myönteisesti potilasturvallisuuden toteutumiseen Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen yksiköissä.

2. Minkälaisia asioita potilasturvallisuussuunnitelman tulee sisältää?

Potilasturvallisuussuunnitelma tulee tehdä yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen kanssa vuoteen 2013 mennessä. Potilasturvallisuussuunnitelman sisällön tulee perustua asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Potilasturvallisuussuunnitelmaa tulee jatkuvasti kehittää organisaation

tarpeiden pohjalta sekä lakien ja suositusten muuttuessa. Suunnitelman tulee olla ymmärrettävä, ja sen tulee ohjata käytännön työtä.

Jatkotutkimushaasteena on tehdä vastaavanlainen potilasturvallisuuskulttuurikysely koko henkilökunnalle, jotta voitaisiin verrata henkilökunnan ja esimiesten mielipiteitä potilasturvallisuuden toteutumisesta keskenään. Asiat eivät aina välttämättä toteudu käytännön tasolla niin kuin esimies odottaa tai luulee. Vastaajista myös yksi oli kiinnostunut henkilökunnan näkökulmasta ja erityisesti henkisen potilasturvallisuuden toteutumisesta.

”Mielestäni olisi hyvä, että tutkittaisiin myös henkistä asiakas- ja potilasturvallisuutta, esim. miten henkilökunnan asenteet vahvistavat/ heikentävät turvallisuutta”

LÄHTEET

Ahlberg, J. 2007. Gör som flyget- dela med er. Läkartidningen 4/2007. Tema patientsäkerhet. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/patientsakerhet/Lakartidningen_nr4_07.pdf. Luettu 12.3.2010.

AHRQ. 2011. Agency for Healthcare Research and Quality. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>. Luettu 15.4.2011.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Artefakta 16. Akatiimi Oy. 2. painos. Hamina.

Anttila, P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. 3 painos. Akatiimi Oy. Hamina. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.hapro.fi/aineisto/HaiPro_opinnaytetyo_Hamk_avelin_lepola.pdf. Luettu 10.12.2010.

Comyn, G. 2007. Foreword. eHealth for Safety. Impact of ITC on Patient Safety and Risk Management. European Commission. Information Society and Media. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/studies/ehealth_safety/eHealth-safety-report-final.pdf. Luettu 10.2.2011.

Donaldson, L. 2009. Patient Safety. A World Alliance for Safer Health Care. WHO Patient Safety Research. Better Knowledge for Safer Care. WHO Patient Safety Research information booklet. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf. Luettu 2.2.2011.

Eight Futures Forum on governance of patient safety. 2005. Erpfendorf, Austria, 28-29 april 2005. World Health Organization Europe. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98285/E87770.pdf. Luettu 12.12.2010.

Euroopan Unionin kansanterveysportaali. 2011. Potilasturvallisuus. Www-dokumentti. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm. Luettu 10.3.2011.

Fagerström, V. & Tamminen- Peter, L. 2010. Turvallisuusjohtamista kehittämällä hoitotyön fyysiset riskit hallintaan. Teoksessa: Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu. 1/2010. Fioca Oy.

Haavisto, M.-L. 2011. Rekrytointiprosessi osana potilasturvallisuuden kehittämistä puolustusvoimien työterveyshuollossa. Teoksessa V. Honkanen, M. Härkönen, V. Jylhä & K. Saranto (toim.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi. 2010. Pdf-dokumentti. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-11706.pdf. Luettu 10.12.2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu laitos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Honga, G. 2010. Potilasturvallisuussuunnitelma. Vaasan keskussairaala. Vaasan sairaanhoitopiiri. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.vaasan keskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1.aspx?id=1159722 Luettu 5.2.2011.

Ikonen, T. 2011. Potilasturvallisuushankkeiden vaikutukset TYKS:n kirurgian klinikassa. Teoksessa V. Honkanen, M. Härkönen, V. Jylhä & K. Saranto (toim.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Jyväskylän Yliopisto. Graduopas. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/hum/laitokset/taiku/arkisto/liitetiedostot/Graduopas>. Luettu 14.4.2011.

Kinnunen, M. 2010a. Case Vaasa 1.11.2010. Potilasturvallisuuden kehittäminen- Alueellinen koulutus sosiaalihuollon -ja terveydenhuollon esimiehille. Luentomuistiinpanot. Keskussairaalan auditorio, Kokkola.

Kinnunen, M. 2010b. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Liiketaloustiede 94. Johtaminen ja organisaatiot. Väitöskirja. Vaasan Yliopisto. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf. Luettu 8.11.2010.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Knuuttila, J. & Tamminen, A. 2004. Turvallinen hoitoyksikkö- Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Terveysterveysten laadunhallinta. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004. Lääkelaitos. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1.pdf. Luettu 2.2.2011.

Kokkolan kaupungin strategia 2009–2013. Intranet. Luettu 10.12.2010.

Kokkolan sosiaali- ja terveysterveysten palvelut 2011. Intranet. Luettu 10.12.2010

Kokkolan terveysterveysten keskuksen strategia 2010–2013. Intranet. Luettu 10.12.2010

Kuisma, P. 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5xDwInBPb/D_4_Terveysturvallisuuden_vaaratapahtumailmoitukset.pdf. Luettu 13.4.2011.

Kuisma, P. 2011. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset tietolähteenä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja D4/ 2011. Tampereen kaupunki. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5xDwInBPb/D_4_Terveysturvallisuuden_vaaratapahtumailmoitukset.pdf. Luettu 14.4.2011.

Laki terveysturvallisuuden laitteista ja tarvikkeista. 24.6.2010/629. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>. Luettu 23.11.2010.

Linden- Lahti, C. 2011. Lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. Teoksessa V. Honkanen, M. Härkönen, V. Jylhä & K. Saranto (toim.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Miettinen, V. 2010. Potilasturvallisuuden edistämisessä ei ole häviäjiä. Kuukauden henkilö. Karolina Peltomaa. Sairaanhoitajalehti 9.

Opetussuunnitelma. 2008-2010. Sosiaali- ja terveystieteen kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja liikunta-ala. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 20/2006.

Pasternack, A. 2010. Virhe on mahdollisuus oppia. Suomen lääkärilehti 12/2010.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas- potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveysturvallisuudessa. Vtt tiedotteita 2456. Edita Prima Oy. Helsinki. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>. Luettu 8.8.2010.

Pihkala, L. 2010. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa. Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus. Sosiaali- ja terveystieteen kehittäminen ja johtaminen. Sairaanhoitaja ylempi AMK. Opinnäytetyö. Metropolia. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25372/Pihkala%20Lea.pdf?sequence=1> Luettu 7.3.2011.

Reiman, T. 1999. Organisaatiokulttuuri ja turvallisuus. Kirjallisuuskatsaus. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. VTT tiedotteita 2009. Libella Painopalvelu Oy. Espoo. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/1999/T2009.pdf>. Luettu 1.11.2010.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Vtt publications 700. Edita Prima Oy. Helsinki. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>. Luettu 21.9.2010.

Saarinen, J. 2011. Kuinka potilasturvallisuus huomioidaan uudessa organisaatiossa ja hoitoprosesseissa? Teoksessa V. Honkanen, M. Härkönen, V. Jylhä & K. Saranto (toim.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Seppä, M. 2010. ”Ei tarvita kuin kaksi sanaa: tee parhaasi”. Moodi 3.

Seppänen, J. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus- kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteen opettajankoulutus. Kuopion yliopisto.

Simola, A. 2005. Turvallisuuden johtaminen esimiestyönä. Tapaustutkimus pitkäkestoisen kehittämishankkeen läpiviennistä teräksen jatkojalostustehtaassa. Väitöskirja. Teknillinen tiedekunta. Tuotantotalouden osasto. Työtieteen yksikkö. Oulun yliopisto. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9514277619/isbn9514277619.pdf>. Luettu 12.1.2011.

Snellman, E. 2010. Työntekijöitä kuultava, kun potilasturvallisuutta kehitetään. Moodi 3.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittamisohjelma_ KASTE_ 2008_ 2011_ fi.pdf. Luettu 10.2.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006–2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 18. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11633.pdf. Luettu 5.2.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönnäytännön laadittavasta suunnitelmasta. 2011. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15434.pdf. Luettu 15.4.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. 2. korjattu painos. Yliopistopaino. Helsinki. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf. Luettu 3.8.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf. Luettu 1.3.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2005:32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf. Luettu 3.9.2010.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>. Luettu 10.12.2010

Taatala, N. 2009. Potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien raportoinnin kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampereen teknillinen yliopisto. Materiaalitekniikan koulutusohjelma. Diplomityö. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

<http://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/6706/taatala.pdf?sequence=4>. Luettu 12.11.2010.

Tammela, O. 2011. Trigger- työkalu vastasyntyneiden teho- osastolla haattatapahtuman ehkäisemiseksi. Teoksessa V. Honkanen, M. Härkönen, V. Jylhä & K. Saranto (toim.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuussuunnitelma. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussuunnitelma. Luettu 12.4.2011.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Työsuojeluhallinto. 2011. Turvallisuusjohtaminen. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.tyosuojelu.fi/fi/turvallisuusjohtaminen/69>. Luettu 11.4.2011.

Työterveyslaitos. 2010. Turvallisuusjohtaminen. Www-dokumentti. Päivitetty 27.04.2010.

<http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/johtaminen/turvallisuus/Sivut/default.aspx>. Luettu 3.3.2011.

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Tulostettu 10.4.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustiedote. 2010. Tiedote 1/2010. Www-dokumentti. Saatavissa:
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Ammattilaiset_tutkijat_opiskelijat/Potilasturvallisuus_ ja_turvallinen_laakehoito/Potilasturvallisuus/Potilasturvallisuustiedotteet. Luettu 15.4.2011.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikku-noita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. PS- kustannus.

Valvira. 2011a. Käyttäjän vaaratilanneilmoitus. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavissa:
http://www.valvira.fi/luvat/terveydenhuollon_laitteet_ja_tarvikkeet/ilmoitus_vaaratilanteesta/kayttajan_vaaratilanneilmoitus. Luettu: 8.4.2011.

Valvira. 2011b. Ohjelmistotuotteet uudessa terveydenhuollon laitteita koskevassa laissa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavissa:
http://www.valvira.fi/luvat/terveydenhuollon_laitteet_ja_tarvikkeet/ajankohtaista/ohjelmistotuotteet_uudessa_terveydenhuollon_laitteita_koskevassa_laissa. Luettu: 20.4.2011.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy..

Voipio- Pulkki. 2010. Laki tukee kehittämistä merkittävästi. Pääkirjoitus. Moodi 3.

Yli- Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Potilasturvallisuuden tila Kokkolan sosiaali- ja terveystoimessa 2011

Merkitse mitä mieltä olet seuraavista väittämistä

1= täysin eri mieltä

2= jossain määrin eri mieltä

3= en samaa enkä eri mieltä

4= jossain määrin samaa mieltä

5= täysin samaa mieltä

6= ei sovellu yksikön toimintaan

1) Potilasturvallisuus on keskeinen omaa työtäni ohjaava arvo

2) Mielestäni on tärkeää että potilasturvallisuutta korostetaan työyksikössäni näkyvästi

3) Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia

4) Ennakoin potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä

5) Työyksikössäni potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina

6) Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät ole minun työssäni kovin keskeisiä

7) Työyksikössäni on työntekijöitä jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen

8) Potilasturvallisuuden puutteet aiheuttavat minulle henkistä kuormitusta

9) Työyksikössäni on käytössä HaiPro-järjestelmä

10) Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa työyksikössäni

11) Organisaation johtamistapa osoittaa että potilasturvallisuus on keskeinen arvo

12) Annan myönteistä palautetta, jos näen että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin

13) Otan huomioon alaisteni ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi

14) Hoitopoikkeamailmoituksia (HaiPro-ilmoituksia tai muita vastaavia ilmoituksia) tarkastellaan säännöllisesti työyksikössäni yhteisissä palavereissa

15) Kehitän aktiivisesti toimintaa parantaakseni potilasturvallisuutta työyksikössäni

16) Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi

Lääkehoidon turvallisuus

17) Olen tehnyt työyksikköni henkilökunnan kanssa toimenpiteitä lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi

18) Työyksikössäni on lääkehoitosuunnitelma

19) Olen huolehtinut, että työyksikköni henkilökunnan lääkehoidon osaaminen on ajantasainen

20) Työyksikköni henkilökunnalla on riittävästi ammattitaitoa lääkehoidon toteuttamiseksi

21) Työyksikössäni tehdään aina ilmoitus lääkityspoikkeamasta

22) Olen huolestunut työyksikössäni tapahtuvista potilasturvallisuutta vaarantavista lääkityspoikkeamista

23) Miten kehittäisit työyksikössäsi lääkehoitoon liittyvää potilasturvallisuutta? (kirjoita vapaamuotoinen vastaus)

Hoidon turvallisuus

24) Työyksikössäni toteutuu suunnitelmallinen perehdytys

25) Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi

26) Työyksikköni henkilökunnalla on riittävästi ammattitaitoa turvallisen hoidon toteuttamiseksi

27) Työyksikköni fyysinen työympäristö takaa potilasturvallisen hoidon

28) Työyksikössäni syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä

29) Olen huolissani työyksikköni potilasturvallisuudesta hoitotyön osalta

30) Työyksikössäni opitaan virheistä

31) Työyksikköni käytännöt mahdollistavat potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa

32) Miten kehittäisit työyksikkösi potilasturvallisuutta hoidon turvallisuuteen liittyen? (kirjoita vapaamuotoinen vastaus)

Laiteturvallisuus (koskee hoitoon liittyviä terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita)

33) Työyksikköni tekniset laitteet ja apuvälineet takaavat potilasturvallisen hoidon

34) Työyksikössäni on ajantasainen laiterekisteri

35) Tunnen ”lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista” keskeisimmän sisällön

- 36) Työyksikössäni on määritelty vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat teknisten laitteiden ja apuvälineiden huolloista ja kalibroinneista
- 37) Huollot ja kalibroinnit toteutuvat työyksikössäni määräysten mukaisesti
- 38) Olen huolissani työyksikössäni tapahtuvien vaaratapahtumien määrästä tai vakavuudesta laiteturvallisuuteen liittyen
- 39) Työyksikössäni käytettävät tekniset laitteet ja apuvälineet ovat lain mukaisesti yksilöity (esim. samanlaiset laitteet numeroituna)
- 40) Potilas/ asiakasasiakirjoihin merkitään aina laitteen tai apuvälineen yksilöity tunnistenumero, kun laitetta tai apuvälinettä on käytetty potilaan tai asiakkaan hoidossa (jäljitettävyyys)
- 41) Työyksikössäni on nimettynä laitevastaava
- 42) Miten kehittäisit työyksikkösi potilasturvallisuutta laiteturvallisuuteen liittyen? (kirjoita vapaamuotoinen vastaus)
- 43) Kokkolan SoTe-palveluille ollaan tekemässä potilasturvallisuussuunnitelmaa. Mitä odotuksia tai toiveita sinulla on suunnitelman suhteen? (kirjoita vapaamuotoinen vastaus)
- 44) Mainitse tärkein työyksikkösi potilasturvallisuutta heikentävä asia, johon haluaisit heti ratkaisun

Lopuksi kysytään taustatietoja sinusta ja työyksiköstäsi

45) Ikäsi

alle 25 vuotta

25-35 vuotta

36-45 vuotta

46-55 vuotta

yli 55 vuotta

46) Kuinka monta vuotta sinulla on sosiaali- tai terveysalan työkokemusta?

alle 3 vuotta

3-10 vuotta

11-20 vuotta

yli 20 vuotta

47) Kuinka monta vuotta sinulla on esimiestyökokemusta?

alle 3 vuotta

3-10 vuotta

11-20 vuotta

yli 20 vuotta

48) Koen, että minulla on riittävästi osaamista potilasturvallisuuden johtamiseen

Kyllä

En

49) Esimieskoulutukseni

Vanhamuotoinen erikoissairaanhoidajan tutkinto, johon sisältyy hallinnon pätevyys

Lähijohtamisen erikoistumisopinnot

Sosiaalialan ammatillisten vaatimusten mukainen esimiespätevyys

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto tai maisterin tutkinto

Joku muu

50) Työpaikkani kuuluu

Sosiaali- ja vammaispalveluihin

Terveyspalveluihin

Vanhuspalveluihin

51) Kirjoita päätteeksi vielä palautetta kyselystä ja kyselyyn vastaamisesta

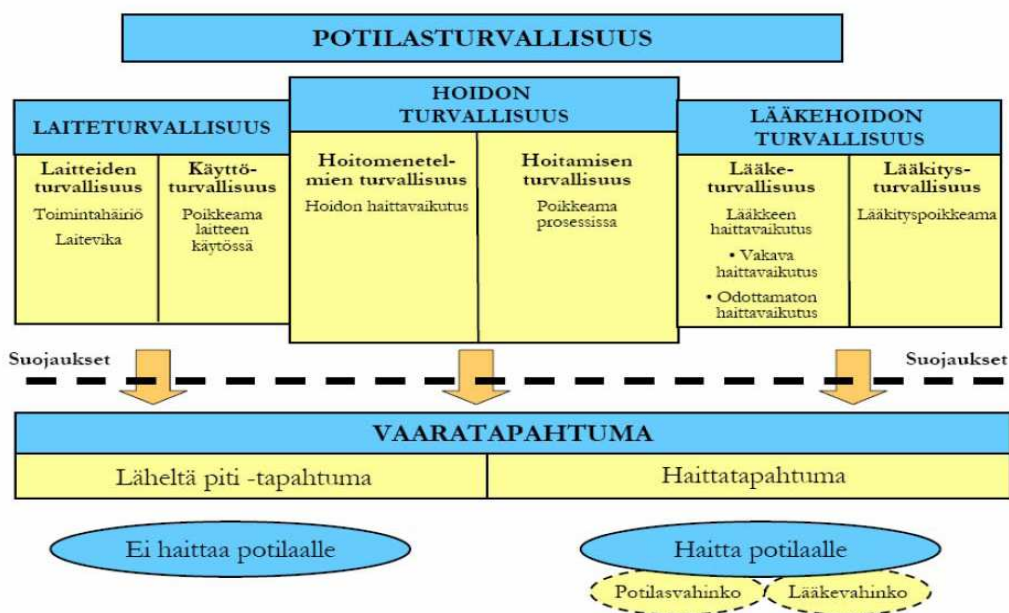
Kiitos vastauksestasi!

Hei!

Olen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittava opiskelija ja opinnäytetyöni aiheena on potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen Kokkolan sosiaali- ja terveystoimelle. Suunnitelman on tarkoitus valmistua kevään 2011 aikana. Potilasturvallisuussuunnitelman pohjatietona käytetään Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen esimiehille suunnatun potilasturvallisuuskyselyn tuloksia. Sinä olet yksi vastaamaan valituista esimiehistä.

Pyydän sinua vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian. Jokaisen kyselyyn osallistuvan vastaukset ovat tärkeitä, jotta saadaan kattava kokonaiskuva sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuuden tilasta. **Kyselyssä potilas sanan tilalla voit käyttää asiakas sanaa, riippuen oman työsi luonteesta.** Kyselyn tuloksia käsitellään siten, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa.

Potilasturvallisuuskulttuurin lisäksi kyselyssä kartoitetaan potilasturvallisuuden tilaa laiteturvallisuuden, hoidonturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden näkökulmista.



Vastaamaan pääset alla olevasta linkistä

Ystävällisin terveisin

Jukka Kivistö



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POTILAS- JA ASIAKAS- TURVALLISUUSUUNNITELMA



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

SISÄLTÖ	2
1 JOHDANTO	4
2 KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI	5
2.1 Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen toimintaympäristö	5
2.2 Sosiaali- ja vammaispalvelut	5
2.3 Vanhuspalvelut	6
2.4 Terveyspalvelut	6
3 KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden keskeiset käsitteet	7
3.1.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuri	8
3.1.2 Hoidon turvallisuus	8
3.1.3 Lääkehoidon turvallisuus	9
3.1.4 Laiteturvallisuus	9
3.2 Lainsäädäntö potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman perustana	9
4 KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSPOLITIikka	11
4.1 Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuus	11
4.1.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden tavoitteet	12
4.1.2 Potilas- ja asiakasturvallisuus osana laadun- ja riskien hallintaa	12
4.1.3 Vaaratapahtumista oppiminen ja riskien ennakointi	13
4.1.4 Avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat	13
4.1.5 Potilaan, asiakkaan ja läheisen osallisuus	14
4.1.6 Tiedottaminen ja tiedonkulku	14
5 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄN VASTUUT JA TEHTÄVÄT	15
5.1 Potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän toiminta	15
5.1.1 Sosiaali- ja terveyslautakunta	16
5.1.2 Sosiaali- ja terveysjohtaja	17
5.1.3 Sote- toimen potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän jäsenet	17
5.1.3.1 Palvelujohtajat/ hoitotyön johtaja	18
5.1.3.2 Laatu- ja kehittämisspällikkö	18
5.1.3.3 Potilas- ja asiakasturvallisuus- ja Haipro-koordinaattorit	18
5.1.3.4 Sosiaali- ja potilasasiamies	18
5.1.4 Tulosityksiköiden esimiehet	18
5.1.5 Potilas- ja asiakasturvallisuusvastaavat	19
5.1.6 Työntekijöiden vastuut ja tehtävät	19
6 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN MENETELMÄT	20
6.1 Haipro- järjestelmä	20
6.2 Lääkehoidon suunnitelma	20
6.3 Laiterekisteri	20



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

6.4 Perehdytys ja rekrytointi	20
6.5 Jatkuva laadunhallintatyö	21
6.6 Yhteiset kirjaamiskäytännöt	21
6.7 Tiedottaminen	22
6.8 Osaamisen kehittäminen	22
6.9 Sosiaali- ja potilasasiamiehen raportit ja muut palautteet	22
6.10 Palo- ja pelastussuunnitelma	22
6.11 Riskien hallinta	23
 7 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISEN PAINOPISTEALUEET 2011- 2012	 24



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

1 JOHDANTO

Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013 julkistettiin 29.1.2009 sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Strategian myötä on potilasturvallisuus nostettu keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian keskeisimmät tavoitteet ovat potilaan/ asiakkaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoimalla ja oppimalla, vaaratapah- tumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa, sekä potilasturvallisuuden suunnitelmallisen edistäminen riittävin voimavarojin.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ käsittelee laatua ja potilasturvallisuutta. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön, sekä hyviin hoito- ja toimin- takäytäntöihin perustuvaa. Toiminnan on lisäksi oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki velvoittaa terveydenhuollon toimintayksikön laati- maan suunnitelman potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja laadunhallinnasta. Poti- lasturvallisuuden edistäminen tulee tehdä yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Yhteistyön myötä päätettiin, että valmistunut suunnitelma nimetään Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmaksi.

Kokkolan sosiaali- ja terveystoimialan potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman työstäminen aloitettiin joulukuussa 2010 ohjausryhmän toimesta. Ohjausryhmään kuu- lui yhteensä 7 jäsentä kolmelta sosiaali- ja terveystoimen tulosalueelta eli sosiaali- ja vammaispalveluista, vanhuspalveluista ja terveyspalveluista. Ohjausryhmä kokoontui suunnitelmallisesti kevään 2011 aikana, ja tavoitteena oli saada potilas- ja asiakastur- vallisuussuunnitelma valmiiksi 31.5.2011 mennessä. Potilas- ja asiakasturvallisuus- suunnitelman tekemisessä on hyödynnetty Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvalli- suussuunnitelmaa, ja suunnitelman pohjatietoina käytettiin Kokkolan sosiaali- ja ter- veystoimen esimiehille tehdyn potilasturvallisuuskulttuurikyselyn tuloksia.

Hannele Tikkakoski-Alvarez
Iiris Jurvansuu
Maija Juola
Pasi Paasila
Miia Okkonen-Mäkelä
Ulla Forsbacka
Jukka Kivistö

Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä on auttaa ja tukea kuntalaisia selviytymään sosiaalisista ja terveydellisistä riskeistä sekä taloudellisista vaikeuksista ehkäisevillä toimenpiteillä, ja järjestämällä tarpeen mukaisia ja monipuolisia palveluja. Kokkolan kaupunki järjestää myös Kruunupyyn sosiaali- ja terveystalvet lukuun ottamatta varhaiskasvatuksen palveluita ns. isäntäkuntamallilla.

Sosiaali- ja terveystoimi jakautuu neljään tulosalueeseen, jotka ovat:

- Sosiaali- ja terveystoimen palvelukeskusta johtaa sosiaali- ja terveystoimen johtaja. Kolmen muun tulosalueen johtajina toimivat palvelujohtajat.

Sosiaali- ja terveystoimen palveluksessa on kaikkiaan 988 henkilöä, eli 29 % koko kaupungin henkilöstöstä. Vanhuspalveluiden henkilöstömäärä on 440, terveystalouden tulosalueella työskentelee 368 henkilöä, ja sosiaali- ja vammaispalveluiden tulosalueella 163 henkilöä. Hallinnon tulosalueen henkilöstömäärä on 16.

Tulosalueen tehtäväänsä kuuluvat sosiaalihoitolain ja erillislakien mukaiset sosiaalityön, lastensuojelun, päihdehuollon, lapsiperheiden kotipalvelun, toimeentulotuen, vammaispalvelujen, perheneuvolan ja ulkomaalaistoiminnan palvelut, etuudet ja tuet.

- Perhepalvelut
- Toimeentuloturva



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

- Vammaispalvelut
- Erityispalvelut
- Kruunupyyn yksiköt

2.3 Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluiden tulosalue vastaa sosiaalihuoltolain mukaisista vanhusten laitos- ja hoivapalveluista, asumis- ja tukipalveluista, kotihoiton (sisältää sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveystyön mukaisen kotisairaanhoidon) sekä omaishoidon tuen järjestämisestä.

Tulosalue jakautuu seuraaviin tulosityksiköihin:

- Laitos- ja palveluasuminen
- Kotihoito
- Kruunupyyn vanhuspalvelut

2.4 Terveyspalvelut

Terveyspalvelujen tulosalue vastaa kansanterveystyön mukaisten terveyspalvelujen järjestämisestä edistämällä ja ylläpitämällä väestön terveyttä vähentämällä terveysriskiä, vaikuttamalla elintapoihin ja ympäristöön sekä tuottamalla terveyspalveluja. Terveyspalvelujen tulosalueelle kuuluu myös erikoissairaanhoidon koordinointi. Terveyspalvelu toimii opetusterveyskeskuksena, joten virkoihin ja toimiin sisältyy opetusvelvollisuus.

Tulosalue jakaantuu seuraaviin tulosityksiköihin:

- Avohoito
- Terveyskeskussairaala
- Terveyskeskuksen tukipalvelut
- Suun terveydenhuolto



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

3 KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN LÄHTÖKOHDAT

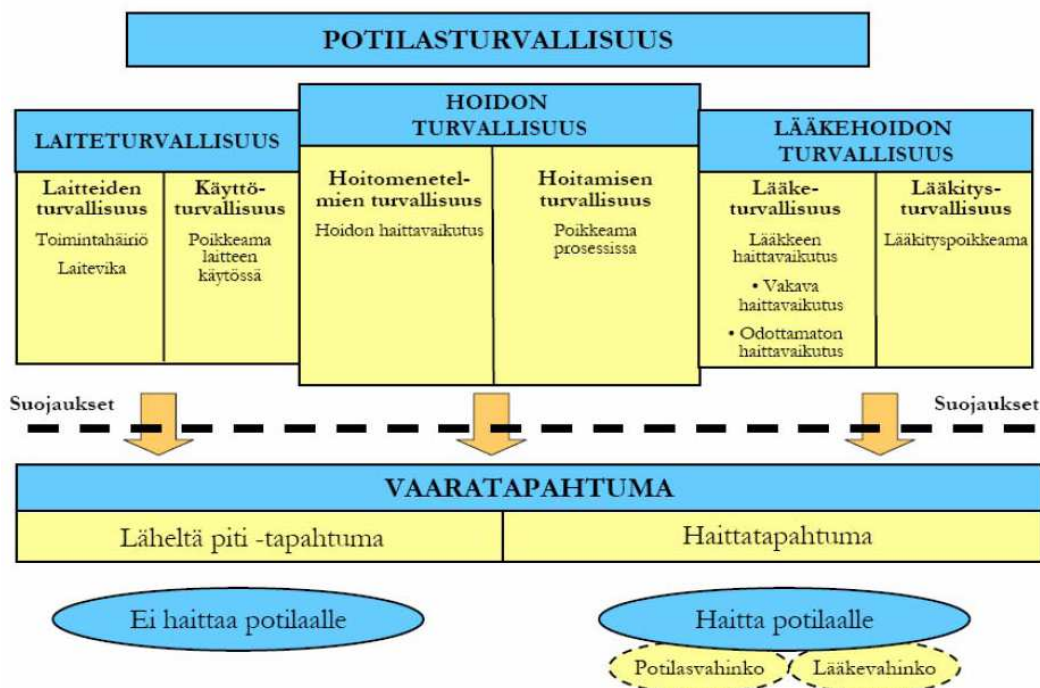
3.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden keskeiset käsitteet

Potilas- ja asiakasturvallisuus käsittää yksilöiden, työyhteisöjen ja organisaatioiden periaatteet sekä toiminnot, joiden avulla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta ja asiakasta vahingoittumasta. Potilaan ja asiakkaan näkökulmasta potilas- ja asiakasturvallisuus on sitä, että potilas ja asiakas saa tarvitsemaansa hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilas- ja asiakasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden. Potilas- ja asiakasturvallisuus on myös osa hoidon laatua.

Potilas- ja asiakasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta, ja sitä sovelletaan myös sosiaalipalveluiden piiriin takaamaan asiakkaan, sekä hänen asioidensa turvallisen hoitamisen. Turvallisessa hoidossa hyödynnetään olemassa olevia resursseja parhaalla mahdollisella tavalla ja oikeaan aikaan. Turvallisessa hoidossa menetelmät ovat vaikuttavia ja niistä ei koidu potilaalle tai asiakkaalle tarpeetonta haittaa. Potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen on myös kustannusvaikuttavaa toimintaa, ja sen vaikutukset ulottuvat pitkälle tulevaisuuteen. Potilas- ja asiakasturvallisuus jaetaan kolmeen osa-alueeseen, joita ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus (KUVIO 1).



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden käsitteistö (Avelin & Lepola 2008,10) potilas- ja asiakasturvallisuudessa

3.1.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön tapa toimia aina siten, että varmistetaan potilaiden ja asiakkaiden saaman hoidon turvallisuus. Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden ja asiakkaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan, sekä sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet, sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Tämä edellyttää yhteisen vastuun ottamista.

3.1.2 Hoidon turvallisuus

Hoidon turvallisuuteen kuuluvat hoitomenetelmien turvallisuus ja hoitamisen turvallisuus. Hoitomenetelmien turvallisuuden osalta tarkastellaan erilaisia hoitomenetelmistä aiheutuvia haittavaikutuksia potilaaseen tai asiakkaaseen. Hoitamisen turvallisuus puolestaan käsittää kaikki mahdolliset poikkeamat asiakkaan hoidon prosessissa.



3.1.3 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on keskeinen, kun kehitetään potilas ja asiakasturvallisuutta. Lääkehoitoon liittyviä virheitä tapahtuu eniten. Turvallinen lääkehoito rakentuu kahdesta osa-alueesta. Ensimmäinen osa-alue on lääketurvallisuus, joka keskittyy lääkkeiden farmakologisiin ominaisuuksiin, ja lääkkeitä aiheutuviin haittavaikutuksiin. Toinen osa-alue on lääkitysturvallisuus, jolla tarkoitetaan lääkkeiden käyttöä ja lääkehoidon toteuttamista. Lääkepoikkeamat luetaan kuuluvaksi tähän ryhmään.

3.1.4 Laiteturvallisuus

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä ylläpitämään luetteloa hallinnassaan olevista, tai potilaaseen asennetuista terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Terveydenhuollon laitteella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen hoitamisessa.

Käytännössä laiterekisteri toimii lain tarkoittamana luettelona. Yksikössä käytössä olevista laitteista ja tarvikkeista tulee olla tiedot laiterekisterissä. Lain mukaan laite tulee myös olla jäljitettävissä, jos laitteen käytössä tai laitteen takia potilaan hoitoon tulee ongelmia. Laitteiden käyttöön ja ylläpitoon tulee määritellä yksikköihin vastuuhenkilöt. Jäljitettävyyden kannalta tulee tallentaa laitetunnistetiedot, fyysinen sijainti sekä käyttöönotto- ja hankinta-aika. Riskienhallinnan kannalta on tärkeää tietää laitteeseen asennetut lisälaitteet, laitteiden käyttö osana järjestelmää, laitteisiin tehdyt mahdolliset muutokset, huoltohistoria ja päivitykset sekä laitteiden turvalliseen käyttöön liittyvät ohjeet ja niiden fyysinen sijainti.

3.2 Lainsäädäntö potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman perustana

Uuden terveydenhuoltolain mukaan, jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma potilas- ja asiakasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelma tulee tehdä yhdessä sosiaalitoimen kanssa. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman tekemisestä vastaa organisaation johto. Suunnitelmassa tulee huomioida lainsäädäntö, hyvät hoitokäytännöt ja valtakunnan suositukset, kansallisen potilasturvallisuusstrategian sisältämät tavoitteet, sekä Euroopan unionin komission suositukset potilas- ja asiakasturvallisuudesta.

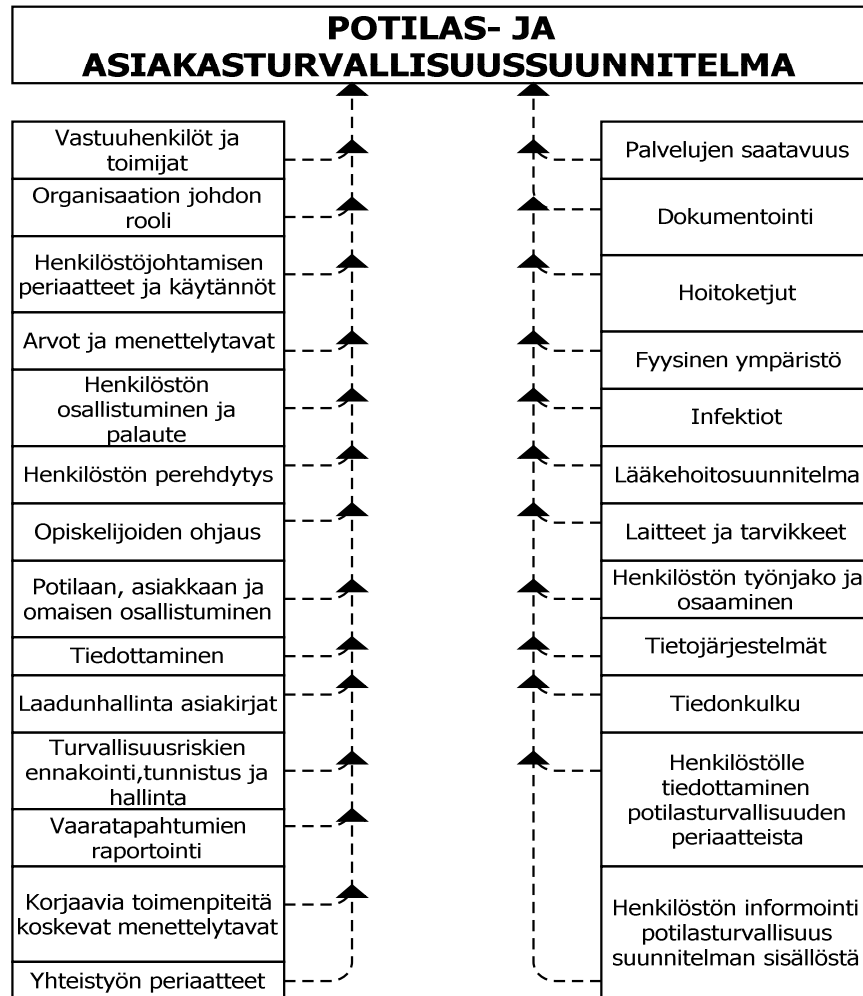
Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman sisällön tulee perustua asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmaa tulee jatkuvasti kehittää organisaation tar-



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

peiden pohjalta, sekä lakien ja suositusten muuttuessa. Suunnitelman tulee olla ymmärrettävä, ja sen tulee ohjata käytännön työtä.

Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman sisältöön kuuluvat asiat on kuvattu lyhyesti seuraavassa kuviossa (KUVIO 2).



KUVIO 2. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman sisältö asetuksen mukaan

EU:ssa potilasturvallisuus on ollut esillä muun muassa komission terveystalvveluita ja sairaanhoitoa käsittelevässä korkean tason ryhmässä. Lisäksi EU:n komissio on loppuvuodesta 2008 antanut ehdotuksen suositukseksi potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. WHO on käynnistänyt ohjelman ”World Alliance for Patient safety”. OECD:n ja pohjoismaisen ministerineuvoston laaturyhmät kehittävät indikaattoreita potilasturvallisuuden seuraamiseksi.



4 KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POTILAS- JA ASIAKAS- TURVALLISUUSPOLITIikka

4.1 Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuus

Potilas- ja asiakasturvallisuuspolitiikka asettaa vaatimukset niistä periaatteista ja toiminnoista, joita organisaatioiden tulee sisäisesti määritellä ja toteuttaa. Sote- toimen johto sitoutuu noudattamaan potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviä periaatteita toiminnassaan ja edellyttää samaa myös jokaiselta vastuualueensa ammattihenkilöltä.

Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen arvojen mukaan väestön hyvinvointi on tärkeää ja palvelujen tulee olla laadukkaita sekä vaikuttavia. Työtä ohjaavina periaatteina ovat yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus ja luottamuksellisuus. Potilas- ja asiakasturvallisuutta tulee korostaa tärkeäksi sosiaali- ja terveystoimen arvomaailmaa tukevaksi osatekijäksi. Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisen kautta palveluiden laatu lisääntyy, ja vaaratilanteiden ennakkoinnin myötä riskitekijöitä saadaan vähennettyä.

Potilas- ja asiakasturvallisuuspolitiikka tuo esiin niitä periaatteita ja toimintoja, joiden avulla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumasta. Potilas- ja asiakasturvallisuus perustuu riskien ennakkointiin ja turvallisuuden varmistamiseen. Siihen liittyy potilas- ja asiakasturvallisuusriskien tunnistaminen, vaaratapahtumien ehkäiseminen ja suojaavat toimet tunnistettuja riskitekijöitä varten, sekä toiminnan jatkuva kehittäminen.

Potilas- ja asiakasturvallisuuspolitiikassa kuvataan periaatteet potilas- ja asiakasturvallisuuden hallintaan ja edistämiseen. Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen tulee olla järjestelmällistä sekä suunnitelmallista, ja sitä tehdään yhteistyössä koko sosiaali- ja terveystoimen alueella. Potilas- ja asiakasturvallisuus on yhteinen asia.

Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan talouden suunnittelussa ja päätöksenteossa, sekä muussa toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä.

Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan muutosta suunniteltaessa, ja varaudutaan etukäteen muutoksesta aiheutuvien potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien riskien poistamiseen ja ehkäisemiseen.

Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan myös strategian ja mittareiden laadinnassa.



4.1.1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden tavoitteet

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian visiona on turvallinen ja vaikuttava hoito. Potilasturvallisuusstrategian kautta potilasturvallisuus on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian tavoitteita ovat:

- Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti
- Varataan riittävät resurssit potilasturvallisuustyöhön
- Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen
- Vaaratapahtumista raportointi ja oppiminen, sekä niiden ennakointi
- Potilasturvallisuusosaamisen parantaminen

Potilas- ja asiakasturvallisessa hoidossa hyödynnetään olemassa olevia resursseja parhaalla mahdollisella tavalla ja oikeaan aikaan. Turvallisessa hoidossa menetelmät ovat vaikuttavia, ja niistä ei koidu potilaalle tai asiakkaalle tarpeetonta haittaa. Potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa, ja sen vaikutukset ulottuvat pitkälle tulevaisuuteen. Potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen on tehokkainta silloin, kun huomio siirretään yksittäisten hoitajien virheiden huomioimisesta potilaalle aiheutuneiden haittojen arviointiin ja palveluprosessien toimivuuden tarkasteluun, sekä hoitoketjujen kehittämiseen.

4.1.2 Potilas- ja asiakasturvallisuus osana laadun- ja riskien hallintaa

Potilas- ja asiakasturvallisuuden tulee olla osa organisaation kokonaisvaltaista laadun- ja riskien hallintaa. Kokonaisvaltainen laadun- ja riskien hallinta vaatii selkeät toimintatavat ja rakenteet, joilla turvallisuusriskejä arvioidaan ja hallitaan. Rakenteeseen sisältyvät potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät viralliset roolit ja vastuut, jotka tulee olla selkeästi määritelty ja kuvattu.

Potilas- ja asiakasturvallisuutta seurataan määriteltyihin mittareihin sekä tavoitteisiin perustuen, ja potilas- ja asiakasturvallisuuden riskejä arvioidaan systemaattisesti työyksiköissä. Työympäristöä, prosesseja ja toimintaohjeita kehitetään jatkuvasti, ja kehitystoimenpiteiden toteuttamista sekä vaikuttavuutta seurataan. Prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen ovat keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuutta.

Yhteisillä toimintatavoilla varmistetaan tunnistettujen potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta ja riittävä tiedonkulku kaikkien hoitoon osallistuvien osalta.



4.1.3 Vaaratapahtumista oppiminen ja riskien ennakointi

Hoidossa sattuneista vaaratilanteista, haattatapahtumista ja turvallisuusriskeistä oppiminen on potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisen keskeisiä keinoja. Vaaratapahtumat tulee nähdä oppimismahdollisuutena, ja niistä saatavaa tietoa tulee hyödyntää työyksiköiden ja koko organisaation toiminnan kehittämisessä.

Poikkeamien ja vaaratilanteiden käsittelyssä keskitytään tapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin ja organisaation toiminnan sekä ohjeistuksen kehittämiseen. Tavoitteena on avoimen potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuurin kehittyminen ja rakenteissa piilevien potilas- ja asiakasturvallisuusriskien poistaminen, sekä estää vastaavien tapahtumien uusiutuminen tulevaisuudessa.

Tietoa vaaratapahtumista kerätään järjestelmällisesti ja kerättyä tietoa hyödynnetään potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisessä. Vaaratapahtuma- ja hoitopoikkeama ilmoitusten tekeminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja ilmoituksen tulee saada tehdä nimettömänä.

Jokaisella työntekijällä tulee olla mahdollisuus tehdä haattatapahtumailmoitus, ja jatkossa myös asiakkaalla ja potilaalla. Ilmoitusten käsittely tulee tehdä luottamuksellisesti ketään syylistämättä.

Vakavien haattatapahtumien käsittelyyn tulee olla erillinen sovittu menettelytapa, jossa huomioidaan myös syylistämättömyys ja asianosaisten tukeminen myös tilanteen jälkeen.

4.1.4 Avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat

Avoimuuteen kuuluu anteeksipyyntö ja haattaa johtaneiden tapahtumien kertominen haattatapahtumien satuttua. Avoimuus on suositus siitä, miten potilaiden, heidän läheistensä ja terveydenhuollon henkilöstön välisen vuorovaikutuksen tulisi toteutua.

Haattatapahtuman sattuessa siitä kerrotaan avoimesti potilaalle, ja tapahtuma, ja mahdolliset seuraukset käydään läpi hänen kanssaan. Anteeksipyyntö tukee avoimuutta. Haattatapahtuman jälkihoito on merkityksellinen osa potilas- ja asiakasturvallisuuden hallintaa. Sen tavoitteena on palauttaa potilaan luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään.



4.1.5 Potilaan, asiakkaan ja läheisten osallisuus

Potilas- ja asiakasturvallisuutta tulee edistää yhteistyössä potilaan kanssa, potilasta kuunnellen. Potilaalla ja omaisilla on tärkeä rooli hoidon vaikuttavuuden ja turvallisuuden varmistamisessa. Potilaan tulee saada ymmärrettävällä tavalla tietoa sairaudesta, sen hoidosta, odotettavista tuloksista, sekä hoitoon liittyvistä riskeistä. Myös omaista tulee ohjata apuvälineiden ja laitteiden turvalliseen käyttämiseen, jos omainen hoitoon osallistuessaan niitä hyödyntää.

Syksyn 2012 aikana on tarkoitus ottaa käyttöön potilaan Haipro, jonka myötä potilaalla ja asiakkaalla on mahdollisuus tuoda esiin omat kokemukset mahdollisista haitta- ja vaaratapahtumista.

4.1.6 Tiedottaminen ja tiedonkulku

Vaaratapahtumista oppimisen edellytyksenä on avoin ja aktiivinen tiedon jakaminen. Vaaratapahtumien käsittely tulee olla säännöllistä ja ohjeistettua. Säännöllinen palaute henkilöstölle ilmaisee sitoutumista potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen ja edistää aktiivista vaaratapahtumista raportointia.

Henkilöstön tulee saada säännöllisesti tietoa organisaation ja työyksikön potilas- ja asiakasturvallisuuden tilasta ja kehityksestä. Henkilökuntaa tulee informoida potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvistä ajankohtaisista asioista, jakaa tietoa tunnistetuista potilas- ja asiakasturvallisuusriskeistä, sekä tuoda esille potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen liittyviä ohjeita ja suosituksia. Organisaation sisältä saadun tiedon lisäksi hyödynnetään myös kansallisia ja kansainvälisiä tiedonlähteitä.

Henkilöstöllä tulee olla mahdollisuus antaa kehittämisideoita potilas- ja asiakasturvallisuuden lisäämiseksi, ja työntekijöitä tulee kannustaa tuomaan ilmi toiminnassa havaitsemiaan puutteita. Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilasta tulee myös tiedottaa henkilöstöä ja potilaita, sekä asiakkaita esimerkiksi säännöllisesti ilmestyvän potilasturvallisuustiedotteen kautta tai nettisivujen välityksellä.

Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyen tiedonkulun periaatteet tullaan luomaan erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon välille yhteistyössä potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmien toimesta. Potilas- ja asiakasturvallisuusyhteistyötä tulee myös tehdä oppilaitosten välillä. Uusien työntekijöiden perehdytykseen tullaan sisällyttämään potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät asiat, kuten myös opiskelijoiden ohjaukseen.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

5 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄN VASTUUT JA TEHTÄVÄT

5.1 Potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän toiminta

Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän tehtävänä on potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen, kehittäminen, potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvän koulutuksen organisoiminen ja tiedottaminen. Potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän eri tasot huolehtivat omalta osaltaan myös potilas- ja asiakasturvallisuustapahtumien seurannasta, analysoinnista ja raportoinnista.

Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että potilas- ja asiakasturvallisuuden riskien hallintaan liittyvät käytännöt on selkeästi kuvattu, ja että henkilöstöllä on edellytykset niiden soveltamiseen toiminnassa. Työprosessien tulee olla helposti hahmotettavia, ja tarvittava tieto päivittäiseen tekemiseen helposti saatavilla.

Jokainen hoitoon osallistuva vastaa potilas- ja asiakasturvallisuudesta omalta osaltaan. Potilas- ja asiakasturvallisuus on koko henkilökunnan asia, ei vain potilaiden hoidossa toimivien. Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan henkilöstösuunnittelussa siten, että henkilöstön määrä on riittävä turvallisen hoidon tuottamiseen. Resurssien suunnittelussa tulee varautua myös mahdollisia poikkeusolosuhteita varten.

Potilas- ja asiakasturvallisuustyötä koordinoiville henkilöille tulee varata riittävät resurssit toimintaan ja sen kehittämiseen.

Jokaisella ammattihenkilöllä tulee olla tehtävän vaatima koulutus ja osaaminen, sekä riittävät tiedot ja taidot, jotta työ voidaan suorittaa turvallisesti ja hyvin. Jokaiselle työntekijälle tulee varmistaa riittävä ja suunnitelmallinen perehdytys työtehtäviin ja laitteiden käyttöön. Täydennyskoulutusveloitteen toteutumisesta tulee myös huolehtia.

Työntekijöiden tulee saada riittävästi koulutusta potilas- ja asiakasturvallisuudesta työtehtävästä ja toimenkuvasta riippuen, jotta potilas- ja asiakasturvallisuusajattelu saadaan juurrutettua ja jalkautettua osaksi päivittäistä toimintaa.

Työympäristön kehittäminen on keskeinen osa potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämistä. Työympäristöstä pyritään aktiivisesti poistamaan potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavat tekijät, ja varmistamaan sekä potilaiden että henkilökunnan turvallisuus. Työyksikössä käytettävien laitteiden tulee olla toimintakuntoisia, ja tarvittavia laitteita tulee olla saatavilla.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

Potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän eri tasot on kuvattu organisaatiokaaviolla ja jokaisen tason, sekä vastuuhenkilöiden tehtävät on määritelty.



TURVALLINEN LÄÄKEHOITO	LAITE-REKISTERI	TYÖSUOJELU	ASUKAS NEUVOSTO	SISÄINEN AUDITOINTI	POTILAS- JA SOSIAALI ASIAMIES	LAADUKAS PEREHDYTYS	MENTO-ROINTI	HYGIENIA TYÖRYHMÄ	HAIPRO
STRATEGIA	ARVOT	PALVELU-OHJAUS-KESKUS	TYÖTERVEYS	OMAI-SHOITAJAT RY	POTILAS-ASIAKIRJAT	VALVIRA	TÄYDENNYS KOULUTUS	SIIAIS-JÄRJESTELYT	TOIMINTA-OHJEET
PROSESSIN KEHITTÄMINEN	TEHTÄVÄNKUVAT	VANHUS- JA VAMMAIS-NEUVOSTO							

KUVIO 3. Kokkolan sote-toimen potilas- ja asiakasturvallisuusorganisaatiokaavio

5.1.1 Sosiaali- ja terveyslautakunta

Potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmän ylintä päätösvaltaa käyttää sosiaali- ja terveyslautakunta. Lautakunnan tehtävänä on huolehtia, että potilas- ja asiakasturvallisen hoidon toteuttamiseen on varattu riittävät resurssit.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

5.1.2 Sosiaali- ja terveysjohtaja

Sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisuudessa kokonaisvastuussa potilas- ja asiakasturvallisuudesta on sosiaali- ja terveysjohtaja. Hänen tehtävänä on huolehtia, että turvallisuuteen ja laatuun liittyvät vastuut organisaatiossa on selvästi määritelty. Lisäksi hänen on varmistettava, että kullakin potilas- ja asiakasturvallisuusorganisaation toimielimellä ja vastuuhenkilöllä on edellytykset sekä resurssit tehtäviensä hoitamiseen.

5.1.3 Sote- toimen potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän jäsenet

Sosiaali- ja terveysjohtajan alaisuudessa toimii potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä, johon kuuluvat:

Terveyskeskuksen johtava lääkäri

Terveyskeskuksen hoitotyön johtaja

Laatu- ja kehittämisspäällikkö (puheenjohtaja)

Erikseen nimitettävä terveyskeskuslääkäri (lääketieteen asiantuntija)

Sosiaali- ja potilasasiamies (asiakkaiden ja potilaiden edustaja)

Kruunupyyn edustajat

Potilas- ja asiakasturvallisuus- ja HaiPro-koordinaattorit varahenkilöineen

Sosiaali- ja vammaispalvelut

Terveyspalvelut (sihteeri)

Vanhuspalvelut

Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän päätehtävänä on sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen ja ohjaaminen sekä seuranta ja arviointi. Työryhmä huolehtii myös potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutuksen järjestämisestä, yleisestä tiedottamisesta ja raportoinnista, sekä potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman ja nettisivujen päivittämisestä.

Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä kokoontuu muutaman kerran vuodessa ja lisäksi tarvittaessa. Työryhmän vastuulla on potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman



vuosittainen päivittäminen, tai tarvittaessa, jos tulee muutoksia lakeihin, asetuksiin tai muihin ohjeistuksiin.

5.1.3.1 Palvelujohtajat / hoitotyön johtaja

Heidän tehtävänä on varmistaa, että työmenetelmät ovat näyttöön perustuvia ja noudattavat käypähoitosuosituksia. He vastaavat myös siitä, että potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan potilas- ja asiakastyössä sekä yksiköiden välisessä yhteistyössä. Terveyspalvelujohtaja toimii lisäksi Kokkolan terveystieteiden johtavana lääketieteellisenä asiantuntijana.

5.1.3.2 Laatu- ja kehittämisspäällikkö

Laatu- ja kehittämisspäällikkö tukee potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän toimintaa, ja auttaa kehittämistoimien toteuttamisessa. Hänen vastuullaan on vaaratapahtumien raportointijärjestelmän ylläpitäminen ja kehittäminen, sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämissuosituksen toimeenpanon seuranta.

5.1.3.3 Potilas- ja asiakasturvallisuus- ja Haipro- koordinaattorit

Potilas- ja asiakasturvallisuus- ja Haipro-koordinaattorit vastaavat potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannasta ja kehittämisestä tulosalueella. He huolehtivat Haipro-järjestelmän aktiivisen käytön toteuttamisesta, sekä intra-sivujen ylläpidosta ja päivittämisestä. Lisäksi heidän tehtävänä on säännöllinen raportointi potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvistä asioista tulosalueensa johtoryhmälle.

5.1.3.4 Sosiaali- ja potilasasiamies

Sosiaali- ja potilasasiamies edustaa asiakkaan ja potilaan näkökulmaa.

5.1.4 Tulosityksiköiden esimiehet

Tulosityksikön esimies (osastonhoitaja/ palveluesimies) vastaa oman yksikkönsä potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisesta ja kehittämisestä. Hänen tehtävänä on osallistua aktiivisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta-, arviointi- ja kehittä-



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

misprosessien toteuttamiseen työyksikön sisällä. Hän tiedottaa potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvistä asioista yksikön henkilökuntaa kuukausipalaverissa, ja käynnistää tarvittavat kehittämistoimenpiteet yhdessä potilas- ja asiakasturvallisuusvastaavan kanssa. Tulosityksikön esimiehet nimeävät yksiköstään itselleen työparin eli potilas- ja asiakasturvallisuusvastaavan.

5.1.5 Potilas- ja asiakasturvallisuusvastaavat

Potilas- ja asiakasturvallisuusvastaava toimii potilas- ja asiakasturvallisuuden asiantuntijana omassa työyksikössään. Hänen tehtävänä on tuoda viestiä potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisesta käytännön työssä. Hän pyrkii aktiivisesti kehittämään työyhteisön potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuria. Hän tekee yhdessä yksikön esimiehen kanssa kehittämistoimia potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseksi ja vaaratapahtumien ennakoinniseksi.

5.1.6 Työntekijöiden vastuut ja tehtävät

Potilas- ja asiakasturvallisuudesta huolehtiminen ja kehittäminen on jokaisen työntekijän velvollisuus. Huomatessaan potilas- tai asiakastyössä tapahtuneita haitta- tai vaaratapahtumia, tulee niistä tehdä HaiPro-ilmoitus. Välittömiin tehtäviin kuuluu myös toimenpiteet vaaratapahtuman poistamiseksi ja uusiutumisen ehkäisemiseksi. Vakavista vaaratapahtumista tulee tehdä välittömästi aina ilmoitus myös esimiehelle. Haittapahtumasta kerrotaan avoimesti asiakkaalle tai potilaalle ja mahdolliset seuraukset käydään läpi hänen kanssaan.



6 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN MENETELMÄT

6.1 Haipro- järjestelmä

Sote- toimen yksiköissä on käytössä Haipro-ohjelma, jolla voidaan ilmoittaa haitta- ja vaaratapahtumat nimettömänä. Jokaisen työntekijän on osattava ilmoituksen tekeminen ja ilmoitusten käsittely tulee olla ohjeistettua ja suunnitelmallista. Tapahtuneita vaarailmoituksia tulee käydä säännöllisesti läpi yksiköiden palavereissa ja johtoryhmän kokouksissa. Ilmoitusten perusteella tulee tehdä kehittämissuunnitelmia, joiden avulla pystytään ehkäisemään samojen virheiden toistuminen uudestaan.

Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyen on tehty Haipro-ohjelman myötä.

Haipro-ilmoitus löytyy Kokkolan intrasta, jossa on myös lisätietoa järjestelmään liittyen. Haiprosta vastaa nimetyt potilas- ja asiakasturvallisuus/ haipro-koordinaattorit.

6.2 Lääkehoidon suunnitelma

Lääkehoidon suunnitelma tulee luoda jokaiseen yksikköön, jotta turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on mahdollista. Lääkehoidon suunnitelma tulee päivittää vähintään vuosittain. Lääkehoidon suunnitelma yhtenäistää lääkkeiden käsittelyyn liittyvät käytännöt ja ohjeistaa henkilökuntaa lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa.

Lääkehoidon suunnitelma tulee löytyä yksiköstä ja Sharepointista. Yksiköiden lääkehoidon suunnitelmasta vastaa yksikön esimies.

6.3 Laiterekisteri

Yksiköissä tulee olla laiterekisteri ja nimettynä laitevastaava, joka huolehtii laiterekisterin ajan tasalla pitämisestä. Laitteisiin tulee tehdä tarvittavat jäljitykseen ja yksilöimiseen liittyvät merkinnät. Ajantasainen laiterekisteri, josta näkyy kalibroinnit ja suoritettut huollot, tukee laiteturvallisuuden toteutumista.

Laiterekisteri löytyy Kokkolan intrasta laitehuollon kuvakkeen alta. Laiterekisteristä vastaa yksikön esimies ja nimetty laitevastaava.

6.4 Perehdytys ja rekrytointi

Kokkolan kaupungin työyksiköissä on käytössä perehdytysuunnitelma, jota toteuttamalla turvataan tulokaan työhön oppiminen nopeasti ja suunnitelmallisesti. Hyvä pe-



rehdytys parantaa potilas- ja asiakasturvallisuutta ja ehkäisee tiedonpuutteista johtuvien vaaratilanteiden syntymistä.

Hyvään perehdyttämiskäytäntöön sisältyy myös perehdyttämisen arviointi, jonka myötä käytäntöjä voidaan jatkuvasti kehittää. Perehdytysuunnitelmaa ja perehdytyskansioita tulee myös päivittää säännöllisesti.

Opiskelijoita ohjaavilla yksiköillä on käytössä lisäksi opiskelijaohjauksen hyvät käytännöt, jotka auttavat opiskelijaa sekä ohjaajaa työssäolojaksosta selviytymisessä ja työyhteisön toimintatapojen oppimisessa

Opiskelijaohjauksen palautteiden kautta voidaan opiskelijaohjausta kehittää opiskelijan, opettajan sekä ohjaajan näkökulmista.

Yksikön esimiehen tulee huolehtia, että rekrytoitavilla työntekijöillä on riittävä ammattitaito työtehtävään.

Perehdytysohjelma ja perehdytyskaavakkeet tulee löytyä Sharepointista yksikön sivustoilta. Yksiköillä tulee olla lisäksi toimintaa kuvaava ja ohjeistava perehdytyskansio. perehdytyksen toteutuksesta vastaa esimies yhdessä nimettyjen perehdyttäjien kanssa.

6.5 Jatkuva laadunhallintatyö

Yksiköissä toteutetaan jatkuvaa laadunhallintaa laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti. Laadun toteutumista seurataan mm sisäisten ja ulkoisten auditointien kautta. Saatujen raporttien ja kehittämissuosituksen avulla toimintaa kehitetään potilas- ja asiakasturvallisemmaksi.

6.6 Yhteiset kirjaamisenkäytännöt

Yhteisien kirjaamiskäytäntöjen toteuttaminen vähentää hoidon turvallisuuteen liittyviä riskejä. Kun jokainen työntekijä kirjaa sovitut asiat sovittuihin paikkoihin, on tiedon löytäminen helpompaa. Kirjaamista tulee toteuttaa hoidon prosessimallin mukaisesti, ja kirjauksen tehneen henkilön nimi ja kirjaamisaika tulee näkyä potilasasiakirjassa.

Kirjaamisen tason seuraamiseksi on luotu kirjaamisen auditoinnin ohje, jossa vuosittain otetaan kymmenen potilaan asiakirjamerkinnät arvioinnin kohteeksi. Arvioinnissa hyödynnetään luotuja kirjaamisen kriteerejä.

Laatukäsikirja tulee löytyä Sharepointista. Laatutyöstä vastaa sosiaali- ja terveystoimen osalta laatu- ja kehittämisspäällikkö Tanja Witick.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

6.7 Tiedottaminen

Organisaation yhteisien asioiden tiedottamiseen tulee olla kanavat mm. sähköposti, Sote- tiedote, Pikku- tynnyri, ilmoitustaulut, nettisivut ja SharePoint.

Tiedottamiseen liittyen tulee yksiköillä olla toimivat palaverikäytännöt, jotta tiedon kulku on toimivaa. Palavereista tulee tehdä muistiot, ja ne tulee olla jokaisen työyhteisön jäsenen saatavilla.

6.8 Osaamisen kehittäminen

Jokaisella yksiköllä tulee olla koulutussuunnitelma, joka pohjautuu yksikön tarpeisiin ja organisaation yhteiseen koulutussuunnitelmaan. Kouluttautumisen myötä pidetään henkilökunnan ammattitaitoa yllä, ja siten potilas- ja asiakasturvallisuus paranee. Suositusten mukaisten täydennyskoulutusmäärien tulee täytyä vuosittain. Toteutuneiden koulutusten määrää seurataan HRM-ohjelman kautta.

Henkilökunnan osaamisen tasoa seurataan myös osaamiskartoituksen avulla. Osaamiskartoitus tehdään säännöllisesti, ja siitä nousseiden vajeiden pohjalta tehdään yksikölle tarpeelliset kehittämistoimenpiteet. Osaamiskartoituksen toteutuksesta huolehtivat yksikköjen esimiehet.

6.9 Sosiaali- ja potilasasiamiehen raportit ja muut palautteet

Potilasasiamiehen vuosittaiset raportit antavat hyvän kuvan hoitovirheiden ja vaaratapahtumien määrästä. Raportin myötä mahdollisiin esille tulleisiin asioihin voidaan puuttua ja kehittää toimintaa potilas- ja asiakasturvallisemmaksi.

Asiakaspalautteet antavat nopeamman tiedon mahdollisista hoitoon liittyvistä ongelmista. Työyksiköissä tulee olla mahdollisuus asiakaspalautteen antamiseen.

6.10 Palo- ja pelastussuunnitelma

Yksiköissä tulee olla ajantasaiset palo- ja pelastussuunnitelmat. Paloturvallisuuteen liittyvät tarkastukset tulee olla tehtynä. Jokaisen työntekijän vastuulla on myös puuttua mahdollisiin paloturvallisuutta heikentäviin ongelmiin esim. ilmoitus tekniselle henkilökunnalle toimimattomista varatielampuista ja varauloskäyntien pitäminen vapaana ylimääräisistä esteistä tai tavaroista.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

Tulipalotilanteita tulee harjoitella esim. poistumisharjoitusten avulla. Henkilökunnan tulee käydä säännöllisesti läpi evakuointiohjeet ja toiminta tulipalotilanteessa tai muussa vaaratilanteessa, jotta toiminta tulee tutuksi.

6.11 Riskien hallinta

Työyksiköissä tulee olla tehtynä ajantasainen riskikartoitus, jonka pohjalta pyritään ennaltaehkäisemään mahdollisia onnettomuuksia ja vaaratilanteita.



KOKKOLAN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
KARLEBY SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSTJÄNSTER

7 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISEN PAINOPISTEALUEET 2011- 2012

- Haipro-järjestelmän aktiivinen käyttö ja hyödyntäminen. Sisältää potilasosion käyttöönoton.
- Potilas- ja asiakasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen liittyvä koulutus.
- Laiterekisterien kattava laadinta, ja huoltojen sekä kalibrointien asianmukainen toteuttaminen.